А. П. БИЗЮК

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Краткий курс в контексте общей и клинической психологии

Под ред. Л. М. Шипицыной



Санкт-Петербург
2010

ББК 88.48
Б59

Бизюк А. П.

Б59 Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии. Учебное пособие / Под ред. Л. М. Шипицыной. СПб.: Речь, 2010. 416 с.

ISBN 978-5-9268-0903-6

Данное учебное пособие, составленное с учетом сведений из ряда смежных дисциплин, предназначено для изучения курса патопсихологии в соответствии с государственным стандартом образования по данной дисциплине. Может представлять интерес для клинических и специальных психологов.

ББК 88.48

ISBN 978-5-9268-0903-6

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1.
ОБЩАЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ

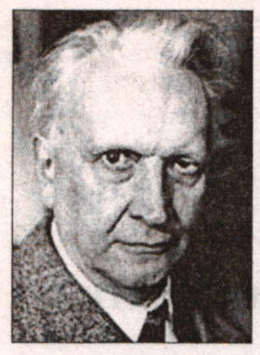
1.1. ПАТОПСИХОЛОГИЯ – ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Современная патопсихология представляет собой раздел клинической (медицинской) психологии.

Объектом ее исследования являются различные нарушения психической деятельности и свойств личности при психических или соматических заболеваниях, а **предметом** — закономерности этих нарушений или закономерности распада психики в сопоставлении с протеканием психических процессов в норме, «закономерности искажения отражательной деятельности мозга» [Зейгарник, 1986, с. 5]. Иногда в качестве предмета исследования патопсихологии выступает то, что в развитии болезни предшествует психопатологическим образованиям [Росин, 1976]. Последнее определение видится несколько ограниченным, поскольку в реальной практике патопсихологу приходится иметь дело и с начальными этапами заболевания, и с уже достаточно оформившимися видами психических расстройств, благодаря которым субъект и попадает в поле зрения специалистов. С другой стороны, весьма часто цитируемое и в том числе приведенное выше «классическое» определение предмета патопсихологии через изучение «закономерностей распада», как нам представляется, к сегодняшнему дню также становится узким, хотя бы в силу того, что не все феномены измененной психической деятельности могут быть адекватно описаны именно как продукт или следствие распада, либо как сам его процесс. Прежде всего это имеет отношение к детской патопсихологии с ее чрезвычайно широко встречающимся явлением задержанного развития и иными смежными формами дизонтогенеза, включая развитие психопатическое.

При изложении дальнейшего материала мы будем руководствоваться следующим определением предмета патопсихологии: *основные механизмы, закономерности, каналы и способы исследования системных внутрипсихических изменений от условно нормального возрастного состояния психики до ее дизадаптирующих поведение форм*.

Многое из перечисленного роднит патопсихологию с такой сферой медицины, как *психопатология*, которая чаще всего рассматривается как теоретический раздел психиатрии, изучающий признаки психических заболеваний, их динамику в ходе течения болезни, симптоматические и синдромологические предпосылки постановки психиатрического диагноза и пользующийся для решения своих информационных задач медицинской семиотикой. Тот же терминологический арсенал, может быть, в несколько меньшем объеме, применяется и в патопсихологии. Направленность и патопсихологии, и психопатологии в конечном счете определяется потребностями клиники — решением диагностических задач. Другими словами, патопсихология и в своем научном, и в практическом звеньях, пытаясь заполнить «зазор» между психической нормой и очевидной психической патологией, является своеобразным ответом на запросы самой психиатрии. При этом сам диагноз в его классическом понимании остается исключительной прерогативой врача-специалиста.


К. Ясперс

Мысли, сближающие психо- и патопсихологию, можно найти и у известного немецкого психиатра Карла Ясперса (Karl Jaspers, 1883–1969).

Он писал: «Предметом исследования психопатологии служат действительные, осознанные события психической жизни. Хотя основная задача состоит в изучении патологических явлений, необходимо также знать, что и как человек переживает вообще; иначе говоря, нужно охватить психическую реальность во всем ее многообразии. Нужно исследовать не только переживания как таковые, но и обусловливающие их обстоятельства, равно как и те взаимосвязи и формы, в которых они (переживания) находят свое выражение. Можно провести аналогию с соматической медициной, где конкретные случаи кажутся относящимися в равной мере к физиологии и патологической анатомии. Их взаимная зависимость не вызывает сомнений: они имеют единую основу и между ними невозможно провести сколько-нибудь ясную разделительную линию. Психология и психопатология также принадлежат друг другу и способствуют развитию друг друга. Между ними нет четкой границы, и многие общие проблемы исследуются психологами и психопатологами на равных правах» [Ясперс, 1997, с. 26]. Кроме того, патопсихология использует клинические критерии, так как без постоянного соотнесения с ними она бы утратила свое практическое, прикладное значение. Естественно, что данные патопсихологического исследования в обязательном порядке должны соотноситься с психическим статусом больного, со стадией течения болезни, с его динамикой [Блейхер, Крук, 1986].

Подводивший итоги дискуссии 1973–1977 гг. о соотношении предметов психопатологии и патопсихологии Ю. Ф. Поляков [1977] подтвердил, что психопатология традиционно изучает эпифеномены болезни, а сущность должна выясняться благодаря привлечению нейрофизиологии и экспериментальной патопсихологии.

Рассуждая о соотношении психиатрического и психологического видения душевной болезни, Б. С. Братусь [1994] пишет, что клиническое видение (психиатра) должно опираться на тонкие приемы наблюдения, на формирующуюся в опыте постоянного общения с больными профессиональную интуицию, на выработанные и зафиксированные в психиатрических трудах представления о смене состояний, симптомах и синдромах болезни. Основной единицей анализа выступает здесь целостный, представляемый в различных нюансах поведения образ больного и отнесение его к той или иной нозологической категории. Психолог же мыслит в категориях потребности, мотива, деятельности, отношения, смысла. Основным инструментом его диагностики является не клиническое наблюдение, а эксперимент, то или иное тестовое испытание. Иначе говоря, психолог чаще судит о человеке не непосредственно, наблюдая его поведение, привычки и странности, а опосредствованно, орудийно, через данные экспериментов, опросников и тестов.

Таким образом, различия между психопатологией и патопсихологией лежат и в сфере используемых ими методов. В то время как клинические (психопатологические) исследования обнаруживают и систематизируют проявления нарушенных психических процессов, патопсихология вскрывает характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике симптомам. Для психопатологии и психиатрии типичен клинико-описательный метод (обычно анамнестический, изощренного клинического наблюдения, беседы или те способы описания измененных психических процессов и личности, которые квалифицируются как качественные или идеографические), тогда как для патопсихологии ведущими оказываются психологические методы исследования и,

в частности, экспериментально-психологические, обеспечивающие возможность измерять, количественно сравнивать и сопоставлять, то есть использовать тот инструмент, который превращает диагностическое искусство в науку. Именно таким способом достигается возможность оценки характера протекания и особенностей структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике расстройствам. Итогом патопсихологического изучения в общем случае становятся критерии различения клинико-психических расстройств, их отношения, а также причинные представления, дающие им объяснения.

Значительное место в патопсихологии занимает оценка влияния особенностей личности и ее индивидуального опыта на протекание сложных патопсихологических синдромов, их динамику, характер нарушений познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, прогноз возможности коррекционных мероприятий.

Разумеется, что качественный подход в патопсихологическом диагностическом контексте, тонкая наблюдательность, эмпатические предпосылки и даже человеческая интуиция, опирающаяся на опыт работы и умение интегрировать всю доступную о испытуемом (пациенте) информацию, и здесь продолжают оставаться актуальными.

Будучи интенсивно развивающейся ветвью клинической психологии, патопсихология распространяет свои интересы на контингент не только психиатрических, но и соматических клиник, изучая особенности психических процессов, личностных изменений оказавшихся там людей.

Возникнув относительно недавно, патопсихология не могла не вобрать в себя фрагменты и подчинить собственным целям предметные сферы и некоторых других, исторически более ранних психолого-ориентированных дисциплин, таких как *общая психология* (представления о нормальном, естественном протекании психических процессов и закономерностях становления личности), *нейропсихология* (связь изменений психической деятельности с локальными и диффузными поражениями мозга), *психодиагностика* (принципы экспериментального измерения психических функций и процессов в их сопоставлении с возрастными, половыми и другими нормами, разработка адекватных методических приемов, которые могли бы обеспечить анализ психопатологических явлений и обьективную их интерпретацию) и *специальная психология* (закономерности развития, воспитания, обучения и подготовки к социальной адаптации, абилитации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии).

Спектр упоминавшихся еще Б. В. Зейгарник прикладных задач, которые решает патопсихология, сводится к следующим [Карвасарский, 2002]:

1. Обеспечение дифференцирующих данных для уточнения в сложных случаях нозологического диагноза (при атипичных и бедных клиническими проявлениями вариантах заболеваний, на начальных их стадиях и т. п.).
2. Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств, что играет самостоятельную роль в квалификации состояния больного и при установлении *функционального диагноза*. Сходная задача решается и при исследовании малоизученных форм заболевания (например, в рамках научного исследования).
3. Диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения в детских и подростковых учреждениях при решении задач оценки степени и структуры различных форм дизонтогенеза.
4. Исследования личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза.
5. Оценка динамики нервно-психических нарушений и контроль эффективности психо- и фармакотерапии.

6. Использование экспериментально-психологических данных для принятия решения в многочисленных формах экспертиз (трудовой, воинской, судебной и т. п.).
7. Информационная поддержка психокоррекционной работы с больным, а также организация психотерапевтической среды в медицинских учреждениях. Патопсихологическое исследование может играть определенную роль в выборе методик психотерапии.

Помимо перечисленных задач, патопсихология обнаруживает свою полезность в охране психического здоровья населения, в оценке интенсивности и характера влияния неблагоприятных экзогенных, экологических и в том числе производственных факторов на состояние отдельных психических процессов и личности в целом.

Кроме определения понятия патопсихологии, данного в классической для отечественной психологии работе Б. В. Зейгарник «Патопсихология», возможны и другие представления о ее содержании. В частности, авторы «Основ клинической психологии» [2003] Н. В. Репина, Д. В. Воронцов и И. И. Юматова считают, что трактовка термина «патопсихология» Зейгарник несколько отличается от того, что понимается под термином «патологическая психология» (abnormal psychology) в зарубежной науке. В англоязычных странах патологической психологией называют изучение психологическими методами различных отклонений психической деятельности в клинических целях. По сути, это понятие выступает синонимом современной клинической психологии, а отчасти используется для обозначения психологических теорий возникновения психических расстройств. Как следует из англоязычного энциклопедического руководства по психологии под редакцией М. Айзенка, патологическая психология выступает методологической альтернативой биологически ориентированной психиатрии в отношении подходов к определению психических расстройств, видения роли и оценки взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов в их возникновении. М. М. Кабанов в предисловии к одной из первых монографий, посвященных методам психодиагностики в клинике, пишет, что «патологическая психология» во многих странах обычно отождествляется с тем, что у нас называется «нарушением высшей нервной деятельности» (в трактовке школы И. П. Павлова) [Кабанов, Личко, Смирнов, 1963].

Б. В. Зейгарник использовала термин «патопсихология» в значении, которое ему придавал немецкий психиатр Гуго Мюнстерберг [1912] (Hugo Münsterberg, 1863–1916), предложивший рассматривать психические нарушения как ускорения или торможения нормальной психической деятельности без наличия дефекта [Перре, Бауман, 2007]. По мнению Г. Мюнстерберга, патопсихология может исследовать нарушения психики теми же методами и постулировать те же закономерности, что и в общей психологии. Поэтому в трактовке Б. В. Зейгарник патопсихология представлена как раздел (общей) психологии, который занимается исследованием закономерностей распада психической деятельности и свойств личности, прежде всего для решения общетеоретических вопросов психологической науки.

По мнению Л. М. Балабановой [1998], важной задачей патопсихологии является охрана психического здоровья в связи с изменением окружающей среды, урбанизацией, затруднением общения людей, возникновением новых профессий, требующих большого психического напряжения. Она включает нахождение мер коррекции по восстановлению трудового и социального статуса, профилактику развития аномальных потребностей (алкоголь).

Патопсихологическое исследование имеет большое значение и при решении задач распознания и профилактики разных профессиональных заболеваний.

Еще в 1982 г. Б. Д. Карвасарский писал, что естественное стремление патопсихологии распространить психологические знания на возможно большее число аспектов медицины и здравоохранения следует рассматривать не как ее недостаток, а как признание

возрастающей роли психологии для медицины, как прогрессивный и перспективный путь развития медицинской психологии.

Особой, отличающейся своим кругом задач и относительно молодой ветвью общей патопсихологии является **детская патопсихология,** наиболее тяготеющая к специальной психологии и в какой-то мере к педагогике. Ее предмет — изучение любых возможных нарушений психического развития детей [Белопольская, 2000; Максимова, Милютина, 2000], в том числе диагностика психического развития детей с отклонениями.

По мнению Н. В. Зверевой, О. Ю. Казьминой и Е. Г. Каримулиной [2008], в более конкретных формулировках детская патопсихология изучает следующее:

- основные закономерности нарушенного психического развития детей;
- особенности возрастно-специфических видов отклонений развития;
- психологические характеристики отдельных форм психических расстройств в детском возрасте;
- методы работы в области применения патопсихологической диагностики и коррекции в детском и подростковом возрасте.

К числу задач детской патопсихологии относятся: исследования проблемы психической нормы у детей, находящихся на разных ступенях возрастного развития, установление уровня развития ребенка, определение его соответствия или несоответствия возрастным критериям под влиянием социальной ситуации развития (школьная успеваемость и трудности в поведении), выявление патологических особенностей развития и раннее выявление симптомов искаженного, дисгармонического развития, дебюта психических заболеваний. Детский патопсихолог учитывает данные экспериментальных исследований при проведении коррекционных мероприятий, а также принимает участие в работе психолого-медико-педагогических комиссий.

Специфика детской патопсихологии, в отличие от взрослой, состоит в том, что здесь нарушения психической деятельности рассматриваются в динамике, соответствующей развитию ребенка в процессе онтогенеза. Это значительно осложняет изучение предмета исследования, поскольку возникает необходимость учитывать сразу две переменные: динамику нарушений психической деятельности и динамику формирования психической деятельности ребенка, детерминируемую созреванием мозговых структур [Максимова, Милютина, 2000].

Контрольные вопросы

1. Что является объектом и предмотом патопсихологии?
2. В чем различия между патопсихологией и психопатологией?
3. Раскройте позицию К. Ясперса по вопросу патопсихологии.
4. Предметные сферы каких наук ассимилируются патопсихологией?
5. Какие задачи решает патопсихология?
6. Что является предметом детской патопсихологии?

1.2. ИСТОРИЯ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Появление патопсихологии как специальной отрасли знаний обусловливается двумя обстоятельствами в истории психологии: 1) внедрением в общепсихологическую практику экспериментального подхода, сменившего собой подход философско-умозрительный, и 2) осознанием, прежде всего клиницистами-психиатрами, необходимости заполнения



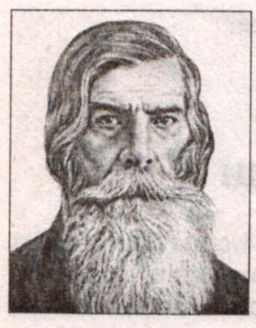
В. Вундт



Э. Крепелин



Э. Титченер



В. Бехтерев

теоретического вакуума, образовавшегося между достаточно очевидными феноменами грубых психических расстройств и системой представлений, существующей в «традиционной» психологии того времени. Обе эти тенденции возникли почти параллельно в конце XIX — начале XX в.

Первые серьезные экспериментальные исследования психических процессов связаны с именем немецкого врача и физиолога Вильгельма Вундта (Wilhelm Maximilian Wundt, 1832–1920), открывшего в 1879 г. в Лейпцигском университете психологическую лабораторию, на базе которой спустя несколько лет создается Институт экспериментальной психологии.

Основным методологическим принципом исследований в этом институте становится синтез интроспекции с психофизиологией, причем по мере накопления опыта происходит постепенный отход от физиологических работ в пользу более психологизированных, от исследований зрения, слуха, осязания, времени реакции к ассоциативным процессам, апперцепции и поведению.

В психологии того времени возникает первый прецедент необходимости инструментальной проверки субъективного опыта. Появляется постепенное понимание недостаточности и ограниченности интроспекции как теории и метода научного познания явлений и необходимости новых объяснительных категорий и объективных методов исследования психической реальности. Между психиатрами и порой идеалистически настроенными философами разгораются споры о том, кто должен разрабатывать экспериментальную психологию. С конца XIX в. экспериментальное направление надежно закрепляется в научной психологии и довольно быстро распространяется на все ее ветви, в том числе и медицинскую.

Ученик В. Вундта Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin, 1856–1926), а затем Карл Юнг (1875–1961) стали использовать в психиатрии ассоциативный эксперимент, стремясь превратить его в клинико-диагностический инструмент.

В Америке вундтовские традиции применительно к структуре сознания развивал Эдвард Титченер (1867–1927), провозгласивший поиск его отдельных элементов и способов их комбинирования.

Другой ученик Вундта — отечественный психиатр В. Ф. Чиж после возвращения из Германии в 1885 г. создает первый в России (в Петербурге, в больнице св. Пантелеймона) кабинет, предназначавшийся для экспериментальных психологических исследований [Журавель, 2005]. Позднее он наследует лабораторию Крепелина в Дерпте (Тарту), где со своими последователями также продолжает проводить многочисленные эксперименты. В 1885–1886 гг. Владимир Михайлович Бехтерев (1857–1927) (психиатр по образованию, родоначальник экспериментальной психологии и основоположник патопсихологии) и Сергей Сергеевич Корсаков (1854–1900) при психиатрических клиниках открывают лаборатории в Казани,

Москве и Санкт-Петербурге, а в 1907–1908 гг. В. М. Бехтерев в Санкт-Петербурге организовывает Психоневрологический институт, позднее получивший его имя, и Институт по изучению мозга и психической деятельности (1918).

Во всех этих лабораториях работали врачи-невропатологи и психиатры, совмещавшие свои психологические исследования с врачебной практикой в клинике. Исключение составляла психологическая лаборатория в Новороссийском университете (в Одессе), которая, в отличие от других, была создана на историко-филологическом факультете (1896) профессором философии Николаем Николаевичем Ланге (1858–1921) с целью развития психологии как объективной науки и преподавания ее как дисциплины [Гуревич, Борисова, 1997; Ярошевский, 1996].



Н. Грот

Николай Яковлевич Грот (1852–1899) — профессор Московского университета, с 1888 г. возглавивший Московское психологическое общество, исходил из того, что психология должна быть объективной естественной экспериментальной наукой, что именно она должна лежать в основе наук о человеке.



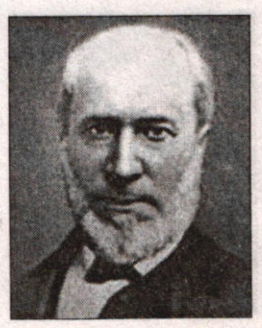
Г. Челпанов

Грот был активным сторонником практического использования психологии, ее связи с педагогикой, медициной и юриспруденцией. В своей работе «Основания экспериментальной психологии» [1896] Грот писал, что развитие экспериментальной психологии имеет большое значение не только для будущего развития психологии, но и для всех гуманитарных наук, что новое развитие психологической науки связано с объединением, конвергенцией разных психологических теорий на основе эксперимента [Ярошевский, 1996].



Ж. Эскироль

Вскоре в Университете Св. Владимира в Киеве под руководством философа и психолога Георгия Ивановича Челпанова (1862–1936) (автора «Введения в экспериментальную психологию» [1915]) начинает действовать психологический семинарий, при котором организуются лабораторные занятия для студентов, а в 1907 г., когда Г. И. Челпанова приглашают на должность профессора в Московский университет, семинарий и кабинет переводятся туда. Еще несколько лет спустя, в 1914 г., на их базе создается один из лучших по устройству и оснащению в мире Психологический институт [Сироткина, 1995].



Э. Сеген

Особое направление в смежной с патопсихологией областью представлено работами ранних дефектологов преимущественно французской школы — Жана Эскироля (Jean Itienne Esquirol, 1772–1840), Эдуарда Сегена (Edouard Seguin, 1812–1880) и Альфреда Бине (Alfred Bine, 1857–1911), чьи попытки дифференцирования умственной отсталости как нарушения психического развития (дизонтогенетических проявлений в современном понимании) от психических расстройств (1838) и разработки экспериментальных приемов оценки умственной недостаточности (1905) являлись одной из предпосылок в формировании детской патопсихологии.


А. Бине


Т. Рибо


Л. Уитмер


С. Корсаков

Во Франции основания научной психологии были сформулированы Теодюлем Арманом Рибо (Theodul Arman Ribot, 1839–1916). Именно он заложил представления о предмете экспериментальной психологии, которая должна заниматься не метафизикой или обсуждением сущности души, а установлением законов и ближайших причин психических явлений. Болезнь он рассматривал в качестве эксперимента, поставленного природой, что наложило отпечаток на его известные работы («Болезни памяти», 1881; «Болезни воли», 1883; «Болезни личности», 1885). Т. Рибо впервые вводит термин «патологическая психология» [Корнилова, 2002; Вольф, 2004].

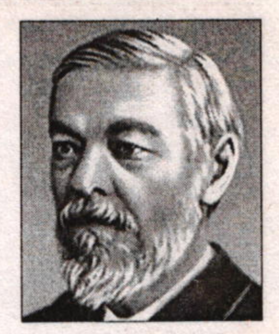
Конец XIX в. ознаменовывается еще одним событием — открытием учеником Вундта Лайтмером Уитмером (Lightner Witmer, 1867–1956) при Пенсильванском университете первой психологической клиники (1896) для отсталых и душевнобольных детей, а также введением им понятия клинической психологии и основанием журнала «Психологическая клиника» (1907) (хотя к этому времени в немецкоязычных странах уже существовало несколько научных и практических направлений, фактически разрабатывавших клиническую психологию в более широком плане, чем ее понимал Уитмер, сконцентрировавшийся на диагностике и лечении отклонений в умственном развитии).

К началу XX в. психические болезни начинают трактоваться как эксперимент природы, нуждающийся в специальном изучении, а в мировой науке возникает мысль о допустимости суждения о роли и месте того или иного психического процесса в составе сложных психических явлений по его изменениям в результате заболевания, то есть уже есть возможность использовать патопсихологические явления в качестве критериев при оценке правильности психологических теорий.

Одним из основоположников московской школы психиатрии и приверженцем экспериментального направления в изучении душевных процессов был и С. С. Корсаков, инициатор создания первого в России «Журнала невропатологии и психиатрии». Он придерживался мнения, что только знание основ психологической науки делает возможным правильное понимание распада психической деятельности душевнобольного. В 1889 г. на Парижском конгрессе по психиатрии он впервые не только описал характерные расстройства памяти, но и предложил гипотезу о ее механизмах. Другая известная патопсихологическая работа Корсакова посвящена психике микроцефалов, характерной чертой которой он считал преобладание более примитивных ассоциаций над ассоциациями «по смыслу». В 1895 г. по инициативе Корсакова создается психологическая лаборатория при психиатрической клинике Московского университета. Заведовать ею стал ближайший помощник Корсакова А. А. Токарский (1859–1901).

Русский психиатр, ученик Корсакова, работавший в психологической лаборатории Московской психиатрической клиники, один

из основателей Общества экспериментальной психологии (1910) для пропаганды применения тестов в педагогике и психиатрии, Федор Егорович Рыбаков (1868–1920) выпускает первый в России сборников психологических методик, куда вошли тесты и методические приемы Ф. Гальтона, Г. Мюнстерберга, А. Бурдона, Г. Эббингауза, А. Бине, В. Анри, Э. Крепелина, А. П. Нечаева, А. Н. Бернштейна и других (Атлас для экспериментально-психологического исследования личности с подробным описанием и объяснением таблиц, составленных применительно к цели педагогического и врачебно-диагностического исследования. М., 1910 [Рыбаков, 2008]). В 1911 г. Александр Николаевич Бернштейн (1870–1921) публикует первое в России руководство «Клинические приемы психологического исследования душевнобольных» [Бернштейн, 1921].



И. Сеченов

Еще раньше в российской науке благодаря трудам Ивана Михайловича Сеченова (1829–1905) формируются прогрессивные идеи, построенные на новом представлении о рефлекторной деятельности мозга, о родственности психического и физиологического, об обусловленности поведения внешними влияниями. Сам И. М. Сеченов в своем труде «Кому и как разрабатывать психологию?» так писал по этому поводу: «Мысль о психическом акте как процессе, движении, имеющем определенное начало, течение и конец, должна быть удержана как основная» [1953, с. 251–252]. Преемники Сеченова — Иван Петрович Павлов (1849–1936) и В. М. Бехтерев продолжили изучение психики с позиции экспериментальной психологии. В дальнейшем Павлов отнес свои исследования к учению о высшей нервной деятельности, а Бехтерев — к рефлексологии (1904), стремившейся для научных выводов использовать исключительно объективные методы. Здесь имелась в виду не только регистрация рефлексов, но и соотнесение их с теми внешними раздражителями, которые служили первоначальными источниками реакции. В рефлексологии начинает просматриваться тенденция замены психологии как науки учением об условных рефлексах и объяснения всех форм сознательной деятельности людей законами образования и функционирования условных рефлексов независимо от сложности совершаемых человеком действий.

Таким образом, на смену интроспекционистской ориентации приходит новый подход, суть которого выражается в следующих характеристиках [Кольцова, 1997]:

1) объективный способ изучения всех проявлений человека;
2) антропологическая ориентация: точка отсчета — человек как целое в его взаимодействии с окружающей его действительностью;
3) материалистическая трактовка психики как производной от деятельности организма и осуществляющихся в нем энергетических преобразований, при умалении отражательной природы психики;
4) антипсихологизм, или игнорирование психики как предмета исследования.

По указанным причинам к концу 1920-х гг. наблюдается спад увлечения рефлексологией и усиливается скепсис по отношению к ее реальным возможностям. Но важную роль для будущей патопсихологии сыграло то, что Бехтеревым впервые в отечественной психологии была сформулирована идея комплексного исследования человека не только различными науками, но и с использованием многоуровневого сравнительного анализа данных, характеризующих проявления человека в норме и в патологии, в экспериментальных условиях и во время клинических исследований, при сопоставлении отклонений и видоизменений психики с ее проявлениями у здоровых. Примечательно то, что в организованном Бехтеревым


Н. Бернштейн


Э. Кречмер


А. Лазурский

Психоневрологическом институте одновременно читались курсы общей психопатологии и патологической психологии, то есть за ними уже тогда усматривались разные дисциплины [Зейгарник, 1986].

Во второй половине 1920-х — начале 1930-х гг. И. П. Павлов и его ближайшие сотрудники непосредственно переходят к разработке проблем патопсихологии, выдвигается ряд конструктивных принципов, оказывающих влияние не только на понимание нормально функционирующей психики, но и на интерпретацию ее патологических отклонений. Среди них важное место занимают учение о двух сигнальных системах, представления о типах высшей нервной деятельности, критика с позиции рефлексологической теории взглядов ряда зарубежных ученых идеалистической направленности.

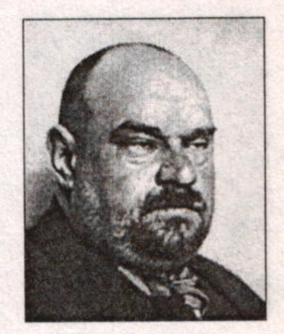
Важный вклад в разработку разделов физиологии, ориентированных на психологию, был сделан Николаем Александровичем Бернштейном (1896–1966) [Бернштейн, 1990], изучавшим принципы обратных связей, вопросы самоорганизации движений, и возможных последствий расстройств их механизмов на разных уровнях мозговой организации. Идеи Н. А. Бернштейна позднее нашли свое развитие в трудах Петра Кузьмича Анохина (1898–1974), разработавшего общую теорию функциональных систем с ее важнейшим компонентом — механизмом опережающего отражения действительности, воплощенном в понятии «акцептор действия».

К началу 1920-х гг. начинает оформляться еще одно направление исследований, совпадающее со сферой интересов патопсихологии. Это опиравшаяся на общие морфологические характеристики строения тела человека типология характеров (темпераментов) немецкого психиатра и психолога Эрнста Кречмера (Ernst Kretschmer, 1888–1964). Этот видный представитель западной науки считал, что обобщения о темпераменте «могут быть развиты лишь из психиатрии и поняты лишь с точки зрения последней» [Кречмер, 2003; Körperbau und Charakter, 1921]. Кречмер соотносил тип телосложения с психическими заболеваниями, причем предполагал, что между нормой и психическим заболеванием нет резкой грани: биотипы индивидуальности нормального человека могут перерасти в аномалии характера, а затем и в психическое заболевание.

Заметная роль в разработке арсенала диагностических техник, полезных и для патопсихологии, принадлежит видному представителю школы В. М. Бехтерева Александру Федоровичу Лазурскому (1874–1917). Он считал, что высшие уровни психики людей следует изучать так же конкретно, как клиницист изучает их физическую и физиологическую организацию, для чего интенсивно работал над созданием методических приемов, адекватных такого рода исследованиям. Он предложил и широко использовал метод систематического наблюдения, сочетая его со специально подобранными методиками экспериментальной психологии. Наибольшей известностью пользуется созданный А. Ф. Лазурским к 1910 г. метод естественного эксперимента, благодаря которому устраняется искусственность


В. Мясищев

лабораторного опыта и значительно возрастает ценность данных наблюдения, поскольку испытуемый не вырывается из привычной для него среды, но при этом ставится в строго запрограммированные и контролируемые условия. Кроме того, он выдвинул концепцию отношений личности, развитую видным советским психологом, учеником Лазурского Владимиром Николаевичем Мясищевым (1893–1973), который применил ее, в частности, в клинике неврозов и пограничных состояний [Мясищев, 1960, 1998]. Психическая болезнь, по его мнению, изменяет и разрушает сложившуюся систему отношений, а нарушения в системе отношений личности, в свою очередь, могут привести к болезни.

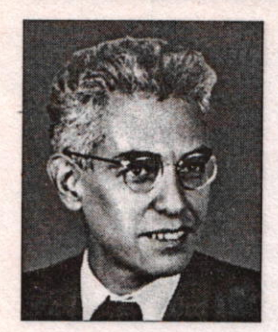

П. Ганнушкин

Рассматривая проблемы формирования характеров и психопатий, Петр Борисович Ганнушкин еще в 1924 г. также определенно высказывается следующим образом: «Можно, думаю, с достаточной определенностью считать, что изучение характеров, темпераментов — нормальных или патологических — это все равно, здесь сколько-нибудь принципиальной разницы нет — должно вестись при совместной работе психологов и психиатров; эта точка зрения несомненно расширяет компетенцию психиатра, но она с несомненностью вытекает из существа дела; нужно признать, что учение о характерах должно быть предметом дисциплины, находящейся на рубеже между психологией и психиатрией» [Ганнушкин, 1964].

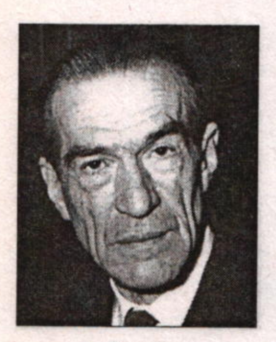

Л. Выготский

На патопсихологические исследования существенное влияние оказали идеи Льва Семеновича Выготского (1896–1934), ставшего инициатором ряда работ, в которых изучалось смысловое и системное строение психики, были очерчены закономерности распада высших психических функций на различных ступенях развития. Сам Л. С. Выготский руководил патопсихологической лабораторией при Московском отделении ВИЭМ на базе клиники имени С. С. Корсакова. Он экспериментально исследовал психологию умственной отсталости, что дало материал, имевший принципиальное значение для построения теории о связи познавательной и мотивационной сфер. Одна из многочисленных заслуг Выготского состоит в том, что он первым ввел в область детской психологии исторический принцип, реализованный в культурно-исторической концепции развития психики.

В соответствии с этой концепцией, позднее принятой многочисленными учениками и последователями Выготского, объяснение развития ребенка включает в себя центральный тезис о том, что структура и развитие психических процессов человека порождаются культурно опосредованной исторически развивающейся практической деятельностью. Самим Выготским данная мысль была сформулирована следующим образом: «...всякая функция в культурном развитии ребенка появляется на сцену дважды, в двух планах, сперва — социальном, потом психологическом, сперва между людьми, как категория интерпсихическая, затем внутри ребенка, как категория интрапсихическая... сам механизм, лежащий в основе высших психических функций, есть слепок с социального. Все высшие психические функции суть интериоризированные отношения социального порядка... вся их природа


А. Лурия


Б. Зейгарник


А. Леонтьев


Б. Ананьев

социальна; даже превращаясь в психические процессы, она остается квазисоциальной» [Выготский, 1960, с. 197–198]. Внешне это проявляется в том, что психические функции приобретают осознанность и произвольность.

Вторая идея Выготского, также лежащая в плоскости культурно-исторической теории, — идея об опосредовании культурного поведения и развития человека орудиями и знаками, причем первые направлены вовне, на преобразование действительности, а вторые вовнутрь, сперва имея форму внешней деятельности, затем управляя поведением самого человека. Именно знак лежит в основе развития каждой из высших психических функций, приобретаясь ребенком при общении со взрослыми. Такое понимание природы и сущности высших психических функций в контексте морфофункциональных особенностей мозга человека и специфики нарушений психики при его поражениях позволило Выготскому выдвинуть целый ряд положений, значимых для будущих патопсихологических и нейропсихологических исследований.

Воззрения Выготского получили свое развитие в трудах многих советских ученых, в частности Александра Романовича Лурии (1902–1977), считающегося основоположником отечественной нейропсихологии, и ученицы Курта Левина Блюмы Вульфовны Зейгарник (1900–1988), автора широко известной книги «Патопсихология», являвшейся изложением основных разделов одноименного курса, читаемого на факультете психологии МГУ, а также Алексея Николаевича Леонтьева (1903–1979), уделявшего основное внимание разработке проблемы практической деятельности, в том числе способности с ее помощью корректировать нарушения деятельности психической.

В годы войны А. Р. Лурия с другими известными психологами (Александром Владимировичем Запорожцем (1905–1981), Борисом Герасимовичем Ананьевым (1907–1972), А. Н. Леонтьевым, Вольфом Соломоновичем Мерлиным (1898–1982) и др.) в тыловых госпиталях и эвакуированных институтах разрабатывали научно обоснованные методы восстановления различных психических функций — двигательных, гностических, речевых, интеллектуальных. Наибольшие успехи были связаны с восстановлением речи и памяти. На более поздних этапах войны актуальными становятся задачи трудового обучения и реабилитиции инвалидов с повреждениями центральной нервной системы и с посттравматическими психическими изменениями.

На основании анализа результатов большого количества экспериментально-психологических исследований познавательных процессов и эмоционально-личностной сферы у больных с разными психическими заболеваниями клиническими психологами были выделены основные патопсихологические синдромы.

С 1960-х гг. по всей стране начинают открываться факультеты психологии, что заметно оживляет интерес к клиническим

аспектам этой науки и привлекает значительное число молодых специалистов в сферу патопсихологии, делает востребованными знания, накопленные на предыдущих этапах в русле познания психических отклонений вообще и отклонений в психическом развитии в частности. Появляются монографические работы и учебные пособия, отчетливо позиционирующие себя именно в патопсихологии. В этом ряду, помимо «Патопсихологии» Б. В. Зейгарник и «Экспериментальных методик патопсихологии и опыта применения их в клинике» Сусанны Яковлевны Рубинштейн (1911–1990), особо следует выделить работы В. М. Блейхера «Клиническая патопсихология» [1976] и «Патопсихологическая диагностика» [1986], написанную совместно с И. В. Крук, в которых главным образом описываются различные структуры нарушений психической деятельности, наблюдаемые при конкретных психических заболеваниях.

Сводные материалы по патопсихологии приводятся и в учебных пособиях И. Ю. Левченко «Патопсихология: теория и практика» [2000], в «Патопсихологии детского возраста» Н. В. Зверевой, О. Ю. Казьминой и Е. Г. Карамулиной [2008], в «Клинической психологии» (под ред. Б. Д. Карвасарского) [2006] и в ряде других работ. Специфика преимущественно американской традиции в подходе к детской патопсихологии представлена в монографиях Э. Мэша и Д. Вольфа «Детская патопсихология» [2003], Р. Комера «Основы патопсихологии» [Fundamentals of Abnormal Psychology, 2001], французская, психоаналитическая по направленности трактовка патопсихологии задана в сборнике «Патопсихология. Психоаналитический подход: теория и клиника», под ред. Ж. Бержере [2008]. Известны и другие отечественные и зарубежные попытки выделить и осветить основные проблемы патопсихологии [Мягков, Боков, Чаева, 2003; Середина, Шкуренко, 2003; Комер, 2005; Вольф, 2004; Карсон, Батчер, Минека, 2004; Астапов, 2006].

Контрольные вопросы

1. Какие предпосылки в истории науки связываются с возникновением патопсихологии?
2. Какова история возникновения экспериментальной психологии?
3. Характеризуйте деятельность отечественных психологов и психиатров конца XIX — начала XX в. по созданию предпосылок патопсихологии.
4. Каков вклад французских и других зарубежных ученых в формирование теоретических взглядов и экспериментального направления в клинико-ориентированной психологии?
5. Характеризуйте роль Л. С. Выготского в разработке теоретических принципов психологии.
6. Чьи работы закрепили понятие патопсихологии как самостоятельной предметной сферы психологических исследований во второй половине XX в.?

1.3. ПОНЯТИЕ НОРМЫ И ЗДОРОВЬЯ В ПАТОПСИХОЛОГИИ И ПСИХОПАТОЛОГИИ

Важнейшей базовой категорией, используемой в патопсихологии, выступает понятие нормы, по отношению к которой производится сопоставление моторных и сенсорных реакций, когнитивных функций, эмоционально-волевых, мотивационных процессов, а также личности в целом. В явной и неявной форме норма всегда противопоставляется ненорме и тем самым позиционирует свои границы.

Существует несколько принципиальных подходов к решению проблемы нормы и к ее определению; каждый из них оказывается ограниченно полезным для осуществления конкретных прикладных задач клиники и смежных сфер деятельности психолога.

1. *Бытовой подход, опирающийся на житейский опыт и интуицию.* Сфера нормального всегда имеет в сознании людей свои границы. Здесь подразумевается способность любого человека, даже не обладающего специальными знаниями, с достаточной степенью успешности идентифицировать в окружающей среде лиц или оценивать их психические процессы как нормальные или ненормальные, причем степень адекватности такой оценки может быть достаточно высока. Реально в основе интуитивного критерия лежит та или иная комбинация уже существующих, ранее выработанных критериев, порой заимствованных из средств массовой информации, книг или общения с окружающими, либо выработанная путем примеривания сомнительных форм поведения к себе.

2. *Интроспективный подход* подразумевает, что единственно надежным критерием ненормальности того или иного состояния является суждение самого пациента, источник которых — наблюдения за самим собой. В этом случае оценочное решение выносится на основании отчета испытуемого о своих ощущениях: наличии болезненности, тревожности, растерянности и т. п. В подобных случаях нерешенной остается проблема адекватности самооценки человека и его способности на языковом уровне (словарный запас, образность, точность) передать свое состояние.

3. *Клинический подход*, построенный на традиционном противопоставлении («от противного») нормы достаточно очерченным и не вызывающим разногласий формам психической патологии. Из-за последнего обстоятельства сама психиатрия долгое время не испытывала потребности в теоретическом осмыслении нормы. Данный вопрос тем не менее возник со временем в тех областях психиатрии и психологии, которые имели дело с так называемыми пограничными явлениями: психопатиями, неврозами, клиникой и педагогикой проблемного детства, судебно-психиатрическими феноменами и др.

4. *Статистический подход.* В самой примитивной форме, на ранних этапах развития данного подхода, нормальным признается то, что присуще большинству представителей рассматриваемой популяции, то есть то, что при измерении или на качественном уровне наиболее часто встречается в популяции и обычно соответствует вычисляемой средней. Современная психология уже давно ушла от узкого рассмотрения этого относительно простого, но абстрактного (отсутствующего в реальности) статистического параметра в качестве критерия нормы. Более перспективным и реально применяемым в экспериментальной практике является некоторым образом выбранный, консенсусный диапазон вокруг «средней психики», а к области патологии относится все, что выходит за пределы этого диапазона. Обычно речь идет об определенной части так называемого нормального закона распределения, расположенной в центральной его зоне и, в зависимости от жесткости подхода, отсекающей примерно 67–95% популяции, по материалам которой данный закон (колоколообразная кривая частоты встречаемости признака в популяции) был построен. Наиболее широкое применение статистический подход получил при разработке шкал различных измерительных процедур и тестов.

Несмотря на массу преимуществ этого подхода, являющегося инструментом научных исследований, статистические критерии имеют и ряд существенных недостатков.

- Определение нормы как среднего или околосреднего, типичного для популяции исключает из этой категории все необычные психические проявления не только отрицательного, но и положительного характера, например гениальность.
- Поведение, характерное для одной популяции, например национальной группы, может восприниматься редчайшей аномалией в рамках другой популяции. То же имеет отношение и к дифференциации по половому признаку или по признаку обитания в конкретной природно-климатической или социальной, культурной среде, в определенный

исторический период. Еще П. Б. Ганнушкин в предисловии к изданной в 1928 г. «Истории психиатрии» Ю. И. Каннабиха [1994] писал, что патопсихология и психиатрия стоят в самой определенной корреляции (связи) с состоянием биологии, социологии, философии данного отрезка времени.

- Наличие широко распространенного признака не обязательно является свидетельством его нормальности (например, высокая вероятность гельминтозов у населения Центральной Африки).
- Если статистические критерии достаточно успешно применяются для оценки какого-то одного параметра функционирования психических процессов, например определения IQ, то при характеристике целостной («многомерной») личности в силу ее естественной уникальности могут возникать существенные трудности. Проблема осложняется еще и тем, что в процессе эволюции происходит не только дифференциация психических процессов, но и их взаимная координация, подгонка друг к другу, которые сами по себе определяют эффективность их реализации.

5. *Адаптационный подход.* В соответствии с ним, все, что способствует выживанию, отвечает природной целесообразности, является нормальным, а все, что этому противодействует, — ненормальным. При таком подходе критерием нормального развития становится сохранность личности, а к патологии относится все, что связано с повреждением или распадом личности, ее смертью как целого. В основу данного подхода положены биологически ориентированные взгляды, характерные для естественного отбора.

6. *Функциональная норма.* Может рассматриваться как частный случай адаптационного подхода. Одним из наиболее глубоких представлений нормы для живых систем, изложенных в отечественной литературе, является характеристика ее как *функционального оптимума.* В выдвинутой концепции оптимального состояния норма трактуется как интервал оптимального функционирования живой системы с подвижными границами, в рамках которых сохраняется оптимальная связь со средой и согласование всех функций организма. Очевидно, что при переходе к социальному уровню регулирования и оценивания психики возникают принципиальные трудности, поскольку, с одной стороны, не все психические расстройства носят для больного угрожающий характер или укорачивают его жизнь, а с другой — приспособление к одной стороне социальной жизни или группы вполне может комбинироваться с дизадаптацией к другой. Вместе с тем критерий адаптированности (в том числе социально-психологической) чрезвычайно важен для понимания желаемой нормы.

7. *Предписывающий (морально-этический) подход* к понятию нормы предполагает существование в обществе системы официальных и неофициальных правил (должное), которые предписывают человеку некий достаточно широкий коридор поведения, выход за пределы которого может интерпретироваться как ненормальность. Поведение в рамках данного подхода может трактоваться в диапазоне конформности-девиантности. С другой стороны, применительно к психическим процессам, например, наличие правонарушения может рассматриваться как результат невменяемости, не несущей в себе обвинения. Проблема подобной трактовки нормы заключается в частой противоречивости требований различных социальных групп и слоев, а также в том, что медико-биологические нормы обычно задаются как данные, а морально-этические и правовые — как должные и имеющие размытые границы. По сути, речь идет о сопоставлении поведения человека с внешней для него системой ценностей.

8. *Идеальностный подход.* Нормативность поведения может задаваться не только «от противного», но и позитивными средствами, путем либо прямого указания на конкретного человека, воплощающего желаемые черты, к которым следует стремиться, либо выработки

сложного, по возможности непротиворечивого эталона, указывающего вектор развития общества. Наиболее ярко подобная тенденция выражается в системе религиозных представлений, в недавнем прошлом — в «кодексе строителя коммунизма», в предлагаемых через средства массовой информации образцах «преуспевающего благородного бизнесмена» и т. п. Во всех подобных случаях имеется некоторая унификация нормы, пренебрегающая индивидуальными ее вариантами.

В отношении ребенка известный польский патопсихолог Ладислав Пожар выделяет следующие критерии его нормального развития: 1) когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста с учетом развития общества, членом которого он является; 2) когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом (теденцией, вектором), определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения; 3) когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости [Пожар, 1996].

Г. М. Дульнев и А. Р. Лурия [1973] условиями нормального развития считают:

- нормальную работу головного мозга и его коры;
- нормальное физическое развитие ребенка;
- сохранность органов чувств;
- систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, детском саду и в общеобразовательной школе.

По мнению В. М. Сорокина [2003], в число факторов, учитываемых при оценке нарушенного или нормального развития ребенка, входят континуальность, то есть отсутствие четкой границы между ними, многовариантность развития и многоуровневый подход в оценке характера развития.

В более общем случае, доминирующие современные представления о норме человеческого организма и психики предполагают объективное существование их нормального развития и функционирования как интервала, оптимальной зоны психофизиологических изменений, в границах которой сохраняется оптимальная же в данных конкретных условиях жизнедеятельность и работоспособность [Корольков, Петленко, 1977]. Иначе говоря, норма характеризуется как показатель определенного уровня общего функционирования организма. Помимо социального детерминирования, здесь важную роль играет и сохранность морфофункционального субстрата психики — головного мозга. Однако высокая его пластичность допускает возможность диссоциации между степенями развития структуры и функции, функциональными возможностями головного мозга и отдельными сторонами психики, между объективно определяемыми состояниями нормы и здоровья и субъективными критериями.

Огромное разнообразие проявлений и сочетаний личностных особенностей приводит к тому, что у заведомо психически здоровых людей можно наблюдать неадекватные поступки, вызывающие подозрение в возникновении у них психической патологии. В то же время у психически больных на протяжении какого-то периода времени может присутствовать вполне адекватное поведение. А это значит, что индивидуальная норма всегда конкретна, специфична и динамична, но сопоставляема с общими существующими в данной сфере критериями.

Категория нормы обычно соотносится с понятием здоровья, которое также неоднозначно описывается в современной науке; чаще всего пользуются его определением (также допускающим критику), предлагаемым Всемирной организацией здравоохранения.

Общее здоровье определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. Основными критериями общего здоровья являются:

- структурная и функциональная сохранность органов и систем;
- свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде;
- сохранность привычного самочувствия.

Может возникнуть допущение, что норма и здоровье — это совпадающие категории, но в реальной практике это не так. Наличие здоровья не обязательно означает оптимальный уровень функционирования, необходим лишь достаточный уровень жизненного, в том числе и социального, приспособления и адаптации. С этой точки зрения, аномалии в некоторых пределах (например, извращенное расположение органов), имеющие с нормой не только различия, но и общие черты, могут не нарушать биологический и социальной жизни, тем самым не исключать здоровья и рассматриваться как варианты индивидуальной изменчивости.

Таким образом, патология не означает болезни, поскольку здоровье не исключает патологию, не достигающую степени заболевания, но норма (идеальное состояние оптимального функционирования) — это всегда здоровье. Некоторые ученые в связи с этим считают уместным говорить о «практическом здоровье». Вышеприведенные соображения в полной мере приложимы и к психическим заболеваниям.

Важнейшим составляющим общего здоровья является здоровье психическое. Его критериями по ВОЗ считаются:

1) осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического Я;
2) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
3) критичность к себе и своей психической продукции (деятельности) и ее результатам;
4) соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
5) способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
6) способность планировать и реализовывать собственную жизнедеятельность;
7) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

По отношению к ребенку эта достаточно известная в отношении здоровья позиция ВОЗ должна быть дополнена тремя критериями:

1) оптимальностью уровня достигнутого развития — соматофизического, психического и личностного, его соответствием хронологическому возрасту;
2) позитивной психической и социальной адаптацией, определенной толерантностью к нагрузкам, сопротивляемостью по отношению к неблагоприятным воздействиям;
3) способностью к формированию оптимальных адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста [Дмитриева, 1998].

В современной клинической психологии, равно как и исторически, допускается существование различных «степеней здоровья», в которых реализован вероятностный подход к оценке степени «риска», «состояния дизадаптации», «предболезни» и т. п. Довольно часто, даже при расхождении в диагнозе, в качестве основного критерия здесь выступает потребность в помощи психолога или специализированного медицинского персонала. Соответствующие переходные ступени здоровья, представляющие интерес в работе патопсихолога, с наибольшей полнотой описаны С. Б. Семичевым [1986].

1. Без отклонений от нормы.

1.1. *Идеальная или абсолютная норма (полное здоровье)*. Это нулевая вероятность болезни, которая практически означает невозможность установить предрасположенность к какому-либо заболеванию вообще, что, в частности, может быть связано и с отсутствием достаточно чувствительных диагностических средств. Идеальная норма предполагает и «чистый анамнез», то есть отсутствие тех или иных ограничивающих моментов в прошлом, способных явно или неявно отразиться на душевном состоянии индивида в настоящее время.

1.2. *Диссимуляция* отражает реально встречающиеся факты отказа обследуемого от сотрудничества (например, психодиагностическая методика заполняется формальным образом). Диссимулятивное поведение может быть направлено и на то, чтобы скрыть явную патологию.

2. Типологическая норма.

2.1. *Конституциональная норма* устанавливается отнесением индивида к тому или иному конституциональному типу. Отличается от предыдущей группы тем, что означает предрасположенность к тому или иному достаточно широкому кругу заболеваний, поскольку всякая конституция — это всегда некоторая уязвимость в отношении одних и устойчивость в отношении других заболеваний. Конституция как почва для развития тех или иных заболеваний, разумеется, не предполагает фатальной неизбежности их в будущем. Основоположниками конституционального подхода являются немецкий психиатр и психолог Эрнст Кречмер и америанский врач и психолог Уильям Шелдон (1898–1977).

2.2. *Акцентуации характера или личности* (понятие акцентуаций введено немецким неврологом, психиатром и психологом Карлом Леонгардом (1904–1988) [Леонгард, 2000]. Отличаются особой выраженностью тех или иных психологических черт, что и предопределяет специфику уязвимости психики и увеличивает по сравнению с конституциональной нормой вероятность того или иного круга заболеваний. Пока акцентуант остается адаптированным, нет оснований говорить об отклонениях от нормы, которые бы требовали специализированного психопрофилактического вмешательства. Сам К. Леонгард рассматривал наличие акцентуации как вариант нормы, а никакой вариант нормы не может быть ущербным.

К области акцентуаций следует отнести всевозможные аномалии личности, а также одностороннюю одаренность, если они не сопровождаются снижением адаптации. При необходимости они могут стать предметом забот воспитателей или педагогов, но по сути своей — это не медицинская проблема.

3. Потенциальный повышенный риск.

Для этой группы пока отсутствуют какие-либо признаки дизадаптации или нарушения функционального оптимума, но определенные предпосылки для возникновения болезни уже имеются.

3.1. *Ситуативный спектр* — подразумевается психологическая ситуация повышенного риска, то есть экстремальные или крайне неблагоприятные условия (например, стихийные или социальные бедствия). Лицо, находящееся в данной ситуации и подвергающееся воздействию психотравмирующих факторов, продолжает функционировать нормально, что не должно служить основанием для отказа от настороженности. Труднее установить ситуацию, когда речь идет об обыденной психотравмирующей обстановке (например, внутрисемейный конфликт) в совокупности с особенностями самой личности.

3.2. *Временной спектр* (частный случай ситуативного). Сюда относятся временные периоды, на протяжении которых человек становится особенно подверженным тем или иным стрессовым влияниям или заболеваниям (вступление в брак, освоение новой социальной роли, траур, призыв в армию и т. п.).

3.3. *Возрастной спектр* — критические или переходные возрастные периоды (пубертатный, климактерический, инволюционный), где необходим учет и эндокринных сдвигов и психосоциальных факторов, присущих тому или иному возрастному периоду.

3.4. *Спектр соматогенных расстройств*. Предполагается наличие какого-то соматического заболевания, особенно отличающегося предпочтительной склонностью к образованию нервно-психических осложнений. Сюда же относятся и так называемые психосоматические заболевания. В частности, может иметь место соматизация жалоб (тенденция реагировать на внешние психогенные стимулы болезненными реакциями со стороны внутренних органов) без очевидной патологии.

3.5. *Спектр пограничных расстройств*, в который включаются те или иные формы невротического или личностного реагирования по данным анамнеза.

3.6. *Экзогенный спектр* предполагает наличие того или иного воздействия безотносительно состояния самого индивида (шум, вибрация, токсины и т. п.).

3.7. *Эндогенно-психотический спектр* включает случаи с наследственной отягощенностью психическими заболеваниями, а также указания в анамнезе на психотические эпизоды (например, галлюцинации).

3.8. *Органический спектр*, к которому относятся данные о перенесенных менингитах, энцефалитах, родовых травмах, судорожных припадках и т. д.

3.9. *Спектр сосудистых расстройств*.

3.10. *Алкогольный (и наркотический) спектр*.

4. Психическая дизадаптация.

4.1. *Непатологическая психическая дизадаптация*. Такие состояния, которые могут проявляться как захватывая лишь отдельные формы жизнедеятельности, так и тотально. Обычно эти расстройства проходят сами по себе. Их психологическая картина включает типичное превалирование проблемы над симптоматикой. Помощь клинического психолога желательна, но вмешательства специального медицинского персонала необязательны. При застревании и неоказании бытовой помощи возможно скатывание в болезнь.

4.2. *Предболезненное психическое расстройство*. Здесь симптоматика доминирует над «проблемностью». Симптоматика отличается более тяжелыми формами, но носит мозаичный характер с плохо очерченными рамками (невротизация, поведенческие расстройства). Но человек раньше не обращался за помощью и продолжает трудиться, а также не нуждается в больничном листе и не готов к социальной роли больного. Он способен усилием воли подавить имеющиеся у него расстройства. Помощь врача-психиатра делается желательной, но при согласии самого пациента.

4.3. *Вероятно болезненное состояние*. Есть основание предполагать наличие конкретного психического заболевания, но ставить заочный клинический диагноз (без непосредственного контакта с человеком, например, по анкетному опросу) некорректно. Сам человек активно предъявляет жалобы и считает, что он болен, согласен лечиться. В анамнезе часто обращения к врачам иного профиля, у которых был признан здоровым либо переадресован к другим специалистам. В отличие от всех остальных степеней, пациента можно считать «практически больным».

5. Верифицированная (подтвержденная) болезнь.

Контрольные вопросы

1. Какие теоретические подходы существуют по отношению к понятию нормы в психологии?
2. Каковы преимущества и недостатки статистического подхода к норме?

3. Каковы особенности интерпретации нормы в отношении психической деятельности ребенка?
4. Каковы критерии ВОЗ в отношении понятия психического здоровья?
5. Каковы переходные ступени здоровья к подтвержденному психическому расстройству?

1.4. ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Патология (от *греч.* páthos — страдание, болезнь) — наука, изучающая закономерности возникновения, течения и исхода заболеваний и отдельных патологических процессов в организме человека и животных.

Болезнь — специфическое состояние всего организма в целом, отрицательно влияющее на функционирование всех его частей. В клинической медицине существует понятие нозологической формы. Когда говорят о ней, то подразумевают, что эта болезнь (это патологическое состояние) отличается от других патологических состояний по ряду критериев. Критериями выделения какого-либо состояния в самостоятельную нозологическую форму, как правило, служат: знание причины (*этиологии*) данной болезни, физиологических механизмов ее развития (*патогенеза*), внешних и внутренних проявлений *(симптомов)*, которые, будучи связаны друг с другом патогенетически, объединяются в устойчивые и закономерные симптомокомплексы — *синдромы*, совокупность которых, в свою очередь, формирует *клиническую картину* болезни, а также ее течения (времени появления и исчезновения симптомов и синдромов, закономерности их смены, изменения под влиянием сопротивляемости организма и лечения) и *исхода* (выздоровление, хронизация, смерть).

В 10-й Международной классификации болезней понятие «психическая болезнь» вообще заменено на термин *психическое расстройство*, которое определяется как «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья». При этом «изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств».

По мнению Н. Л. Белопольской [2000], ставить вопрос об отклонении от нормы можно в том случае, если обнаруживается соответствие трем критериям:

1) неадеватность эмоциональных реакций, поступков, речевых высказываний, мимики, жестов и поведения в целом;
2) снижение или отсутствие критичности к своим поступкам, физическому и психическому состоянию;
3) непродуктивность деятельности.

Очевидно, что эти индикаторы в качестве обратной стороны во многом созвучны аналогичным критериям ВОЗ для психического здоровья. Р. Гудман и С. Скот [2008] считают, что большинство синдромов в детской психиатрии состоит из комбинаций симптомов в четырех основных сферах: эмоции, поведение, развитие и взаимоотношения.

При патопсихологической оценке текущего состояния больного необходимо учитывать, что различные психические расстройства различаются по типу своего течения:

- процессуальный тип — постепенно развивающееся «с нуля» расстройство, заканчивающееся дефектом психической деятельности (например, деменция, шизофрения и т. п.), при этом процессуальный характер течения не исключает временных остановок развития патологии или влияния компенсаторных механизмов;

- приступообразный, фазовый тип характеризуется чередованием периодов обострения расстройства и «светлых промежутков» (например, маниакально-депрессивный психоз);
- реактивный тип характеризуется прямой зависимостью возникшего психического расстройства от влияния внешней причины (например, невротические расстройства);
- смешанный тип.

В отношении исхода именно психических расстройств Майнрад Перре и Урс Бауманн [2007] приводят следующие его варианты:

- *Исцеление, выздоровление* (*индивид здоров*): достигается тот же уровень, что и перед вспышкой расстройства, причем расстройство больше не появляется в течение определенного минимального промежутка времени. Структура личности перед вспышкой описывается понятием *преморбидная личность*. Исцеление предполагает какое-то минимальное время полной ремиссии.
- *Полная ремиссия*: никаких признаков или симптомов расстройства уже нет, но при этом остается открытым вопрос, не появится ли расстройство снова. Решение об этом может быть принято только спустя некоторое время на основании комплексного процесса принятия решения: заключение «здоров» или «диагноз X с полной ремиссией».
- *Частичная ремиссия*: еще имеются отдельные симптомы или признаки, однако они не удовлетворяют критерию расстройства.
- *Переход в хроническую форму*: расстройство держится на минимальном уровне (критерии выполнены) довольно долгое время, иногда до самой смерти.
- *Изменение личности*: после улучшения изначальный личностный уровень уже не достигается (например, при некоторых формах шизофрении). Здесь используют понятие *постморбидной личности*.
- *Смерть*: при психических расстройствах существует повышенный риск смертности, причем особое значение имеют суициды и несчастные случаи.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте основные критерии, позволяющие отличать одну болезнь от другой.
2. Каковы основные типы течения психических расстройств?
3. Каковы основные варианты исхода психических расстройств?

1.5. ФОРМЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Особое место среди нежелательных психических феноменов занимают те их формы, которые возникают на почве различных отклонений онтогенеза.

Онтогенез — в основном постепенное индивидуальное развитие организма и психики от менее совершенного к более совершенному структурному устройству и функционированию. Онтогенез в широком понимании должен быть отнесен ко всему периоду жизни человека от рождения до смерти, а это значит, что он должен включать не только прогрессивные, но и регрессивные, инволюционные изменения, на определенном этапе жизни сочетающиеся между собой. Каждая ступень онтогенеза представляет собой качественные и количественные преобразования функционирования, в том числе и психики, которые предусматривают не только выработку новых форм интеграции отдельных ее ветвей, но и надстраивание над частично сохраняющимися более ранними вариантами.

Онтогенез как процесс находится под влиянием двух основных факторов: исходно биологически заданной генетической программы, в основном выражающейся видовыми

и конституциональными особенностями индивида, и столь же мощными прижизненными влияниями как природной, так и социальной среды.

Анализ онтогенеза в его более распространенном понимании применительно к детскому возрасту, когда динамика изменений наиболее интенсивна, должен учитывать факт «закономерной неравномерности» в развитии психических процессов и соответствующих им систем головного мозга, обозначаемый как *гетерохронность* развития, а также наличие относительно кратковременных *критических (сенситивных) периодов* возрастного становления, на протяжении которых, с одной стороны, происходит накопление дисгармоничных изменений, требующих революционных, экстренных перестроек в сторону качественно нового уровня функционирования, а с другой — возникает диалектически противоречивый феномен как исключительно высокой чувствительности к усвоению новых стратегий психической деятельности, так и высокой податливости в отношении патогенных факторов (в ряде работ сенситивные периоды трактуются как благоприятные для развития, тем самым противопоставляясь критическим как неблагоприятным). Гетерохрония в этом отношении выступает как один из механизмов, обусловливающих формирование критических периодов. Разработка основных понятий и представлений, связанных с онтогенезом и его расстройствами, принадлежит Л. С. Выготскому.

Сам Л. С. Выготский [1984] обращает внимание на следующие возрастные кризы — кризис новорожденности, кризис 1-го года, кризис 3 лет, кризис 7, 13 и 17 лет.

Если понятия «расстройство» и «болезнь» в строгом значении уместны в отношении тех случаев, когда повреждается и перестает нормально осуществляться функция, которая ранее была сохранна и находилась на обычном для возраста ее носителя уровне развития, то отклонения в онтогенезе, нарушения индивидуального развития (*дизонтогенез*) в полной мере под этот критерий не подпадают. В последнем случае имеет место не разрушение «построенного», а исходно неверное «строительство».

Психический дизонтогенез выделяется как компонент общего дизонтогенеза [Ковалев, 1979, 1981], связанный с реализацией таких механизмов, как: *ретардация* (незавершенность, запаздывание отдельных периодов развития, перехода от простых, преимущественно природно-психических свойств к более сложным — социально-психическим, что сочетается с отсутствием инволюции более ранних форм), *акселерация* (избыточно раннее, ускоренное, не соответствующее возрасту развитие функции) и *асинхрония* (диспропорциональное, искаженное психическое развитие при выраженном опережении развития одних психических функций и отставании темпа и сроков развития других функций и свойств). Ретардацию и акселерацию обычно рассматривают как частные случаи асинхронии, хотя последняя может приобретать и качественно новые черты, выражающиеся в особом способе организации психических процессов и соответствующих им клинических проявлений.

Для характеристики общих форм дизонтогенеза чаще всего пользуются их эмпирической по характеру классификацией, предложенной Виктором Васильевичем Лебединским (1927–2008) [1985]. В соответствии с этой классификацией выделяются:

1) общее стойкое недоразвитие на почве генетических пороков развития и ранних диффузных повреждений мозга (умственная отсталость);
2) задержанное развитие, причиной которого могут являться разнообразные факторы как органического, так и социально-психологического происхождения (хронические соматические заболевания, неблагоприятные условия воспитания, инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода и т. п.); психика такого ребенка характеризуется мозаичностью, парциальностью поражения, сохранностью многих высших регуляторных систем, что и позволяет, при

соответствующих условиях воспитания и обучения, рассчитывать на благоприятный прогноз (задержка психического развития);

3) поврежденное развитие — основное отличие данной категории детей от предыдущих групп связано с более поздним (после 2–3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения; в подобных случаях в первую очередь фиксируются разрушения уже сложившихся функций и недоразвитие онтогенетически более молодых новообразований, имеющих отношение к работе поздно созревающей лобной коры (деменция);
4) дефицитарное развитие возникает на основе дефектов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хронических инвалидизирующих соматических заболеваний, порождающих депривацию и вторично приводящих к недоразвитию более поздних и зависимых от этих систем функций (*депривация* (от *лат.* deprivatio — потеря, лишение) — психическое состояние, возникновение которого обусловлено жизнедеятельностью личности в условиях продолжительного лишения или существенного ограничения возможностей удовлетворения жизненно важных ее потребностей — см. ниже);
5) искаженное развитие — наблюдается сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития (синдром раннего детского аутизма);
6) дисгармоническое развитие своей основой имеет врожденную либо рано приобретенную и стойкую диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере, смещающую акцент данного нарушения развития в социальную плоскость при отсутствии заметных прогрессирующих нарушений развития (психопатии и так называемые патологические формирования личности).

Данные клинического анализа показывают, что перечисленные выше варианты дизонтогенеза не являются абсолютно самостоятельными образованиями, а нередко выступают как синдромы аномального развития, которые могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего. Важную роль, определяющую характер психического дизонтогенеза, играют следующие факторы, выделяемые еще Л. С. Выготским:

1) соотношение между повреждением частных, конкретных функций (гнозиса, праксиса, речи, сложных эмоциональных образований) и общих (энергорегулирующих, инстинктивных), что во многом отражает два вектора деятельности корковых и подкорковых структур мозга;
2) время поражения мозговых морфофункциональных систем, от которого зависит преобладание в картине дизонтогенеза явлений недоразвития или повреждения — чем раньше произошло поражение, тем более вероятно явление недоразвития и чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции;
3) взаимоотношения между первичными (непосредственно вытекающими из биологического характера болезни) и вторичными дефектами (возникающими в процессе аномального социального развития), совпадение времени воздействия повреждающего фактора с сенситивным периодом;
4) нарушения межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза, обусловленные различными отклонениями в естественной гетерохронии (упоминавшимися выше ретардации, акселерации и асинхронии), при которых одна из

функций в процессе своего развития либо лишается необходимого воздействия со стороны других психических функций, либо оказывается под фактически вредным влиянием патологически рано созревшей.

Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза выступают так называемые «возрастные» симптомы, отражающие патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития. Данные симптомы нередко более специфичны для возраста, чем для самого заболевания, и могут наблюдаться при самой разнообразной патологии.

Уточняющие изменения в классификацию В. В. Лебединского были внесены Н. Я. Семаго и М. М. Семаго [2003], которые при ее пересмотре опирались и на нейропсихологические подходы к отклоняющемуся развитию. Понимая достаточную условность предлагаемой классификации, авторы предусматривают в ней четыре больших класса: недостаточное, асинхронное, поврежденное и дефицитарное развитие, каждый из которых включает в себя виды или подгруппы этих расстройств.

Контрольные вопросы

1. Что такое онтогенез и под влиянием каких факторов находится его реализация?
2. Через какие механизмы может реализовываться дизонтогенез?
3. Характеризуйте основные формы дизонтогенеза по В. В. Лебединскому.

1.6. ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ СИМПТОМЫ

Понятие патопсихологического симптома и синдрома в отечественную практическую патопсихологию было введено Б. Ф. Зейгарник. Под первым понимались конкретные нарушения психических функций и эмоционально-личностной сферы, наблюдаемые у больных при экспериментально-психологическом исследовании. При этом сам симптом не специфичен для того или иного заболевания (может быть обусловлен разными механизмами), но оказывается индикатором разных заболеваний и должен быть оценен только в комплексе с другими проявлениями расстройства, данными целостного патопсихологического исследования, то есть с помощью большого числа диагностических инструментов.

Внешне регистрируемые признаки заболевания традиционно классифицируются на первичные и вторичные, что позволяет правильно понять механизмы патологического процесса и грамотно построить лечебные или коррекционные мероприятия. Еще К. Ясперс [1997] указывал на разнообразие смыслов, вкладываемых в понятия первичности и вторичности, что побудило его вычленить наиболее существенные стороны этих двух явлений.

Он писал, что первично то, что *непосредственно обусловливается* болезненным процессом, а вторично то, что *уже затем обусловливается* этими первыми, непосредственными воздействиями и носит побочный по отношению к ним характер. В современной трактовке отношения между первичными и вторичными симптомами объясняются причинно-следственными отношениями, существующими между функциональными системами или их звеньями, которые обеспечивают протекание психического процесса или их комплексов. Признак побочности при этом утрачивает свою смысловую нагрузку, поскольку регистрируемые вторичные нарушения и их симптомы также являются органической составляющей общего патологического контекста. Наличие сложных взаимоотношений внутри организма и центральной нервной системы во многих случаях позволяет говорить и о третичных симптомах, которые своеобразно надстраиваются над вторичными и часто отсрочены во

времени. В некоторых случаях третичные симптомы рассматриваются как попытки организма и психики адаптироваться к возникшей патологии и как-то ее компенсировать.

Под несколько иным углом зрения первичность и вторичность трактуется Л. С. Выготским, который применительно к дефектологии выдвинул идею о сложной структуре аномального развития ребенка, в соответствии с которой наличие дефекта какого-либо одного анализатора либо интеллектуального дефекта вызывает не только выпадение одной локальной функции, а приводит к целому ряду изменений, формирующих целостную картину своеобразного атипичного развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных, часто социально ориентированных нарушений, имеющих отношение к высшим психическим функциям и возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего развития (как чувство малоценности). Например, интеллектуальная недостаточность, появляющаяся в результате первичного дефекта — органического поражения головного мозга, порождает вторичное нарушение высших познавательных процессов, определяющих социальное развитие ребенка. Выготский в «Основах дефектологии» [2003] писал, что слепота или глухота есть нормальное, а не болезненное состояние для слепого или глухого ребенка, и указанный порок ощущается им лишь опосредованно, вторично, как отраженный на него самого результат его социального опыта. При этом вторичному недоразвитию у ребенка подвергаются те функции, которые непосредственно связаны с исходно поврежденной (например, глухота порождает нарушения в развитии речи), и те, которые на момент повреждения находились в сенситивном периоде своего развития.

Механизмы, стоящие за первичными и вторичными симптомами, могут взаимодействовать друг с другом, то есть вторичные дефекты, в свою очередь, могут накладывать отпечаток на протекание первичных. Например, при ранних поражениях слухового анализатора недостаточное использование вторично недоразвитой речи будет приводить к ослаблению первично остаточного слуха.

По мнению Н. Ю. Максимовой и Е. Л. Милютиной [2000], особое место в группе вторичных дефектов занимают следующие личностные реакции на первичный дефект:

Игнорирование часто встречается при олигофрении (умственной отсталости), оно связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности.

Вытеснение относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.

Компенсация — такой тип реагирования, прикотором происходит осознание дефекта и замещение утраченной фукнкции за счет более сохранных.

Гиперкомпенсация — усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам.

Астенический тип реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

Кроме деления на первичные и вторичные, психопатологические симптомы делятся на *позитивные* и *негативные*. Позитивные обозначают признаки патологической продукции психической деятельности, появление признаков, которые не встречаются при нормальной психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред и т. д.). Негативные соответствуют признакам обратимого или стойкого ущерба, изъяна, потери, дефекта, утраты того или иного психического процесса из целостной психической деятельности (амнезия, абулия, апатия и т. п.) [Обухов, 2007]. Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве и сочетании [Носачев, Баранов, 2006], а иногда

их противопоставление вообще ставится под сомнение [Морозов, 1988] — и позитивные и негативные расстройства не только переплетаются между собой, но и имеют целый ряд общих свойств: могут быть обратимыми, стойкими, стационарными и прогрессирующими, относительно простыми и сложными.

Концепция первичности-вторичности может быть рассмотрена и под углом зрения работы мозга. Гипотезу об устойчивом патологическом состоянии при различных заболеваниях мозга выдвинула Н. П. Бехтерева с сотрудниками [Бехтерева, Камбарова, Поздеев, 1978]. В соответствии с предлагаемой концепцией, адаптация организма к изменившимся в результате болезни «внутренним условиям» происходит не только путем «восполнения» пораженных систем мозга его «здоровыми резервами», но и за счет формирования нового гомеостаза, нового устойчивого патологического состояния. Последнее формируется путем функциональной перестройки многих систем мозга, как пораженных болезнью, так и здоровых. Если патологический процесс прогрессирует, то функциональные системы вначале претерпевают количественные изменения, а затем, пройдя фазу дестабилизации, — качественные, вызывающие поражение новых структур мозга и истощение компенсаторно-гиперактивных систем. Так возникает новое (вторичное) устойчивое патологическое состояние.

Очевидно, что разные симптомы в структуре синдрома играют различную роль — одни оказываются ведущими, обязательными, а другие встречаются вероятностно.

Применительно к детям чрезвычайно важным также представляется различение симптомов, связанных с повреждением, и симптомов, связанных с недостаточной функциональной зрелостью того или иного участка мозга [Микадзе, 2008].

Контрольные вопросы

1. Что такое патопсихологический симптом и патопсихологический синдром?
2. Дайте краткое описание основных патопсихологических регистр-симптомов.
3. В чем суть первичных, вторичных и третичных симптомов?
4. В чем особенности трактовки первичности и вторичности симптомов по Л. С. Выготскому?
5. Каковы основные типы психического реагирования на первичный дефект?

1.7. СООТНОШЕНИЕ РАСПАДА И РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ

Категория развития психики является одной из центральных в современной психологии, а соотношение развития психики и ее распада при различных формах патологии оказывается ключевой проблемой для специальной и патопсихологии.

Л. С. Выготский неоднократно отмечал, что вопросы распада высших психических функций — такой же неотъемлемый элемент общей теории развития психики, как и вопросы их формирования, а эти процессы приложимы не только к индивидуальной психике в целом, но и к каждому психологическому образованию. Одной из стартовых позиций, позволяющих понять роль и значение правильной оценки соотношения распада и развития психики, явилась теория рекапитуляции немецкого естествоиспытателя Эрнста Геккеля (1834–1919), перенесенная на психологическую почву американским психологом Гренвиллом Стэнли Холлом (1844–1924). Согласно концепции Г. Холла, становление индивидуального сознания рассматривается как сокращенное повторение исторических этапов развития общечеловеческого сознания. При этом последовательность и содержание этих этапов задаются генетически, и потому ни миновать какую-то стадию своего развития, ни уклониться от нее ребенок не может.

Анализируя процесс развития и роль в этом процессе различных факторов, Л. С. Выготский пишет о двух его линиях: «Одна — это линия естественного развития поведения, тесно связанная с процессами общеорганического роста и созревания ребенка. Другая — линия культурного совершенствования психологических функций, выработки новых способов мышления, овладения культурными средствами поведения» [Выготский, 2005, с. 191]. Но высшие психические функции в своем генезе подчиняются иным по сравнению с «натуральными» закономерностям, и если «выяснение природного состава какой-либо высшей психической функции или операции есть совершенно законное и необходимое звено в полной цепи исследования», то ошибка предшественников, по мнению Выготского, заключалась в том, что «одно звено выдавалось за всю цепь, что анализ культурных форм поведения со стороны их состава подменял выяснение генезиса этих форм и их структуры» [Выготский, 2005, с. 221].

В филогенезе органическая и орудийная система активности представлены порознь, а в онтогенезе оба плана развития — животного и человека сведены воедино и развиваются одновременно и совместно, обнаруживая двойственную обусловленность. Переход от одной стадии развития ребенка к другой происходит с первого момента жизни и совершается не по биологическим законам адаптации организма к среде, а под действием системы обучения, обусловленной конкретной культурой. А. Р. Лурия [2001] по этому поводу писал, что для формирования человеческого мозга потребовались миллионы лет, а история человечества насчитывает лишь тысячи лет, и теория мозговой организации высших психических функций должна объяснять такие процессы, как процесс письма, чтения, счет и т. д., зависящие от исторически обусловленных символов.

В процессе психического развития ребенка не только происходит внутреннее переустройство и совершенствование отдельных функций, но и коренным образом изменяются межфункциональные связи и отношения. В результате создаются новые психологические системы, объединяющие в сложном сотрудничестве ряд отдельных элементарных функций. Эти психологические системы, заступающие на место элементарных функций, Л. С. Выготский и определял *высшими психическими функциями*. С его точки зрения, каждый период умственного развития характеризуется определенной структурой психических процессов, в центре которой стоит наиболее интенсивно развивающаяся в этот период функция, оказывающая влияние на все умственное развитие.

Но в случаях дизонтогенеза одновременно в процессе дезадаптации не просто происходит расстройство нормальных механизмов функционирования, но и возникают различные новообразования, которые, с одной стороны, играют роль компенсаторных, защитных механизмов, а с другой — могут представлять собой и негативные личностные свойства. При этом главной особенностью аномальной психики ребенка Выготский считал расхождение биологического и культурного процессов развития.

Распад психических функций при ряде патологических процессов, как это отмечалось еще с времен Т. Рибо и X. Джексона, а позднее подтверждалось и работами И. П. Павлова, начинается с высших, наиболее поздних и сложных функций, то есть этот порядок обратен порядку их построения. Сам Л. С. Выготский, анализируя одно из исследований Э. Кречмера, писал: «Мы видим, таким образом, что в самых разнообразных болезнях может обнажиться генетически более ранний механизм, который на известной стадии развития является нормальной ступенью... В этом отношении мы снова приходим к основному положению нашей методики — пониманию единства закономерностей, обнаруживаемых в патологическом и нормальном состоянии» [Выготский, 1984, с. 278].

Высшие психические функции тем самым обнаруживают свою повышенную «травмоопасность» по сравнению с функциями «примитивными», формирующимися ранее. В силу

этого на существовавшем тогда этапе развития психологии и дефектологии сфера высших психических как более поздних функций признавалась навсегда закрытой и недоступной для ненормального ребенка.

Именно данный тезис и вызывал наибольшие возражения Л. С. Выготского, который указывал, что недоразвитие высших процессов не первично, а вторично обусловлено дефектом, и следовательно, именно они представляют собой то звено, которое является слабым местом всей цепи симптомов ненормального ребенка и которое может быть разорвано через процессы, в которых формируются высшие психические функции, через процессы социальные («коллективные»). Первичная симптоматика, напротив, часто порожденная мозговым дефектом, коррекции практически не поддается. В процессе культурного развития у ребенка происходит закономерное замещение одних функций другими, прокладывание «обходных путей» в тех случаях, когда ребенок не может достичь чего-нибудь прямым путем. За счет этого и может быть сформирован социальный вектор компенсации дефекта аномального ребенка. «Без преувеличения можно сказать, что в создании обходных путей культурного развития заключается ее альфа и омега» [Выготский, 1984, с. 242].

Именно спецификой данного обстоятельства развивающаяся, пластичная психика (даже умственно отсталого) ребенка отличается от распадающейся, но уже ранее сформировавшейся психики больного взрослого, для которого система отношений с внешним миром уже сложилась. Таким образом, картина распада психики взрослого больного человека имеет лишь внешнюю аналогию и внешние параллели с обратной этапностью в развитии психики ребенка.

«Даже в тех случаях, когда болезнь поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы мозга, психика больного человека не принимает структуру психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность думать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, но подобная утрата не означает еще возврата к этапу детства. Распад не является негативом развития. Разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада». Эта мысль Б. В. Зейгарник [1986, с. 271] иллюстрирует несколькими примерами:

- содержательными различиями в мышлении больных с грубыми органическими поражениями мозга и детей (общим для которых являлась замена обобщенных форм систематизации предметов на конкретно-ситуативные, но при том, что больной взрослый, владея запасом прошлых знаний, не в состоянии овладеть системой новых связей, а ребенок принципиально обучаем);
- различиями в «откликаемости» («отвлекаемости») взрослых больных и детей (для взрослых это расстройство, нарушающее нормальное течение мысли, а у ребенка — форма ориентировочной деятельности, обогащающая его развитие);
- различиями в некритичности больного и беззаботностью ребенка (ребенок, в силу слабого запаса знаний и неумения выстраивать причинно-следственные связи, не в состоянии предусматривать последствия своих поступков, хотя сами поступки носят мотивированный характер, а у больного взрослого расстройства поведения, напротив, обусловливаются нестойкостью установок и намерений).

Специфическим системным образом выражается распад высших психических функций вследствие локальных поражений головного мозга. Он заключается в появлении «первичных» дефектов и их системных следствий, то есть в возникновении единого нейропсихологического синдрома, в основе которого лежит нарушение определенного фактора (структурно-функциональной единицы работы мозга) [Хомская, 1996].

Таким образом, в психике ребенка с ограниченными возможностями здоровья сложным образом сочетаются процессы развития, недоразвития, а порой и распада; их некоторая часть лежит в створе биофизиологических аспектов деятельности мозга, а часть отражает социокультурный слой интериоризируемых знаковых отношений ребенка со средой. Различать, но не отделять — вот краткая формула, выведенная Л. С. Выготским относительно сплетения биологического и культурного в оценке своеобразия каждой возрастной ступени в развитии поведения и своеобразия типа детского развития.

Контрольные вопросы

1. В чем суть теории рекапитуляции Геккеля—Холла?
2. Какие линии развития психических функций выделял Л. С. Выготский?
3. Дайте определение высшим психическим функциям.
4. Определите позицию Л. С. Выготского по вопросу соотношения распада и развития психических функций у ребенка.

1.8. ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

По мнению В. М. Блейхера и И. В. Крук [1986], ссылающихся на работы А. Р. Лурия и Ю. Ф. Полякова, в системе иерархии мозговых процессов различают следующие уровни: *патобиологический*, характеризующийся нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов и т. п.; *физиологический*, заключающийся в изменении течения физиологических процессов; *пато- и нейропсихологический*, для которых характерно протекание психических процессов и связанных с ними свойств психики; *психопатологический*, проявляющийся клиническими синдромами и симптомами психической патологии. Помимо указанных зон приложения, качество, характер и уровень психических процессов, равно как и их расстройств обусловливаются и факторами социальными, информационными по своему характеру, включающими позицию субъекта в отношение смысла и значения воздействующих на него стимулов и событий.

Такое представление об иерархии функционирования психики человека объясняет необходимость мультидисциплинарного подхода не только к ее изучению, но и к понимания многопричинности возможных неблагоприятных изменений со стороны психических процессов и личности в целом.

Считается, что примерно 20% всего населения земного шара страдает психическими расстройствами [Петраков, Петракова, 1984]. Причем не менее 5% населения страдает от серьезных психических расстройств, поддающихся клинической квалификации (диагнозу), и еще не менее 15% населения страдает от менее серьезных, но потенциально инвалидизирующих их форм. Общий показатель распространенности психической патологии среди детей колеблется между 3,0–3,3% [Пронина; электронный ресурс].

В большинстве случаев современная наука не располагает точными данными о происхождении психических расстройств, но существует несколько тенденций, усматриваемых в их обусловливании, что не предотвращает споров о надежности подобных причинно-следственных отношений. Основные из них следующие:

- наследственная предрасположенность;
- биохимические нарушения в работе мозга, интоксикации;
- иммунные и эндокриннные нарушения;
- инфекции и паразитарные инвазии;

- психотравма и депривационные факторы;
- физическая травма мозга и его органические заболевания;
- соматические заболевания.

При этом часть психических болезней многопричинна (полиэтиологична). Возникновение заболевания зависит от индивидуальных особенностей организма, массивности патогенного (болезнетворного) фактора, места его воздействия и т. п. Одно и то же воздействие может быть патогенным для одного организма и безвредным для другого. Более того, реакция организма на патогенный агент может изменяться в зависимости от условий внешней, в том числе социальной среды; а один по качеству фактор может вызвать различные по форме и механизмам развертывания психические заболевания.

Клинические наблюдения показывают, что психическое расстройство может начать развиваться спустя недели, месяцы и даже годы после патогенного воздействия.

В большинстве случаев в психиатрии принято деление заболеваний на эндогенные, то есть возникшие вследствие внутренних причин (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), и экзогенные, спровоцированные воздействием окружающей среды. Причины последних выглядят более очевидными, хотя патогенез большинства психических болезней может быть представлен только на уровне гипотез.

Контрольные вопросы

1. Каковы иерархические уровни организации психических процессов?
2. Назовите наиболее распространенные причины психических расстройств.

1.9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Одной из ключевых концепций в отечественной медицинской психологии стало введенное Романом Альбертовичем Лурией (1874–1944) в 1929 г. понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) [Лурия, 1977]; она понималась не только как реакция личности на болезнь или все то, что связано для больного с его приходом к врачу, но и как потенциально патогенетический фактор.

В психологическом плане ВКБ может рассматриваться как элемент самосознания [Березовский, Крайнова, Бондарь, 2001]. Ее можно трактовать и как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающих в психике больного патологические изменения в организме и изменения условия существования личности, определяемые патологией.

В основе ВКБ, по-видимому, лежит особым образом перерабатываемая информация о проявлениях болезни и о механизмах и путях их преодоления, которая накапливается в долговременной памяти. При этом опыт организма и личности, полученный в условиях болезни, формируется на фоне доминирующей мотивации и эмоций, обусловленных представлениями о заболевании. Существенную роль здесь играет «схема тела», которую можно рассматривать как психофизиологический информационный аппарат, где постоянно формируются и сопоставляются динамический и статический образы тела, а также образы будущего движения [Смирнов, Резникова, 1983].

Однако образы тела используются не только в механизмах управления движениями; они становятся предметом самопознания и самосознания. При нарушении или ослаблении таких процессов может возникать недооценка или переоценка значения проявлений заболевания. На физиологическом базисе схемы тела формируется личностная надстройка,

с помощью которой образуются психологические и эстетические образы тела, несущие уже и оценочную функцию (красиво — некрасиво, плохо — хорошо и т. п.). Эти образы связаны с такими процессами, как представление, воображение, мышление и т. п. (Подробнее проблемы, связанные с понятием «схема тела», рассматриваются в разделе «Восприятие и его расстройства».)

Формирование модели болезни, связанная с ней осознанная или неосознанная потребность избавиться от ее проявлений, угрозы инвалидизации или смерти ведут к формированию программ и целей личности, направленных на преодоление болезни. При этом образуются модель прогноза заболевания и модель ожидаемых результатов лечения. Первая выступает как эмоционально напряженный комплекс представлений больного о его вероятном течении и исходе. В зависимости от жизненного опыта, интеллекта, эмоциональной структуры личности больные по-разному проецируют течение своего заболевания во времени. При этом полярными параметрами являются полное выздоровление и смерть, между ними могут быть «промежуточные модели» — результаты с частичным выздоровлением.

Модель ожидаемых результатов лечения — образ или набор образов, предвосхищающих такой результат лечения, на который рассчитывает больной или который был внушен ему окружающими или врачом. Это эмоционально окрашенные представления, отражающие как реальные, так и мнимые (внушенные, самовнушенные) изменения нарушенных функций в сторону улучшения или ухудшения. На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путем сличения модели ожидаемых результатов лечения и модели получаемых результатов лечения [Смирнов, Резникова, 1983].

Большую роль в формировании ВКБ играет тип эмоциональных отношений больного к своей болезни, ее проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные типы подобных отношений.

Гипонозогностический тип. Больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению и т. д. Больной может все знать о своей болезни, о ее серьезном прогнозе и т. п., но это не вызывает у него эмоций тревоги, беспокойства и пр. У таких больных иногда легко образуются неадекватная (завышенная) модель ожидаемых результатов лечения и «сверхоптимальная» модель полученных результатов лечения.

Гипернозогностический тип. У больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения.

Можно указать и на *прагматический тип* эмоциональных отношений к болезни: больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий.

Обычно выделяются следующие уровни внутренней картины болезни: чувственный; эмоциональный; интеллектуальный; мотивационно-волевой.

1. Чувственный (сенситивный), или уровень ощущений, представленный болью, их локализацией, интенсивностью, дискомфортом, нарушением чувствительности и всем тем, что становится базой для оценки себя как нездорового.

2. Эмоциональный, включающий различные виды реагирования на отдельные симптомы заболевания, доминирующими среди которых являются *депрессивный* (подавленность, пессимизм вследствие реальных или воображаемых утрат сил и возможностей) и *фобический* (переживание угрозы, утраты безопасности).

3. Интеллектуальный, или рациональный. Он представлен, в свою очередь, двумя слоями информации — тем, который определяется полученными из разных источников знаниями и представлениями больного о своих соматических расстройствах, и тем, который

связан с проекцией возникших медицинских проблем на социальную жизнь человека, на отношения с окружающими, на роль последних в объяснении причин своего заболевания.

4. Мотивационно-волевой, во взаимодействии с эмоциональным определяющий усилия, направленные на борьбу с болезнью. Варианты реагирования на заболевания включают следующие типы [Личко, Иванов, 1980 (а); 1980 (б)]:

- гармоничный, или нормальный, — трезвая оценка тяжести состояния, активное участие в лечении, сохранении интереса к жизни и деятельности;
- тревожный — непрерывное беспокойство и мнительность, поиск новых способов лечения и авторитетов, интерес к объективным данным о болезни;
- ипохондрический — сосредоточение на субъективных болезненных ощущениях и стремление постоянно рассказывать о них, преувеличивая болезни, страдания, побочные действия лекарств, неверие в успех лечения. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание, но убежденность в наличии заболевания обычно раз от раза меняется, больной называет то одно заболевание, то другое, то два или более;
- меланхолический — удрученность болезнью и неверие в эффект лечения, депрессивность и пессимистичность вплоть до суицидных мыслей;
- апатический — полное безразличие к своей судьбе и результатам лечения, пассивное подчинение процедурам, утрата прежних интересов;
- неврастенический — раздражительная слабость, непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, раскаяние за несдержанность;
- обсессивно-фобический — тревожная мнительность, опасение возможных осложнений в болезни и неудач в жизни, ритуалы и вера в приметы;
- сенситивный — чрезмерные опасения негативного отношения к себе в связи с болезнью, боязнь стать обузой;
- эгоцентрический — уход в болезнь, демонстративность страданий, требования исключительной заботы или особого положения в связи с болезнью;
- эйфорический — необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, желание получать от жизни все, несмотря на болезнь;
- анозогнозический — отрицание факта заболевания и возможных последствий, отказ от обследования и лечения, желание «обойтись своими средствами»;
- эргопатический — уход в работу, повышение интенсивности труда и его приоритет над здоровьем;
- паранояльный — уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, обвинение медицинского персонала в халатности и враждебности.

Перечисленные типы реагирования на болезнь были положены А. Е. Личко и Н. Л. Ивановым в основу специальной методики, направленной на оценку степени их выраженности — ЛОБИ (личностного опросника Бехтеревского института).

В зарубежной литературе так же, но уже под именем «аутопластическая картина болезни» [Конечный, Боухал, 1983], описывается субъективная сторона болезни. Помимо уже перечисленных, в ней предлагаются следующие типы реагирования:

- нозофильная (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);
- утилитарная (получение известной выгоды от болезни — материальной или моральной).

Возможны и такие реакции, как регрессия, уход в прошлое, фантазирование. Наблюдается определенная динамика внутренней картины болезни с различным соотношением ее элементов на разных этапах заболевания и в связи с возрастом. В детском и пожилом возрасте имеет место максимальный разрыв между субъективной и объективной оценками болезни.

Особый оттенок проблема ВКБ приобретает для психических расстройств, где рассматривается в двух аспектах:

1) под углом зрения обусловленной психическим расстройством измененности своего психического и физического Я;
2) под углом зрения критического отношения к изменениям в собственной личности или критики болезни.

Сложилась практика оценки критики болезни как полной, частичной или отсутствующей. Например, И. И. Кожуховская [1972, 1985] в понятие критики к психическому заболеванию вкладывает следующее:

а) критичность к своим суждениям, действиям, высказываниям;
б) критичность к себе в более глубоком личностном смысле;
в) критичность к своим психопатологическим переживаниям, что часто рассматривается как критерий выздоровления.

Такое многообразие типов реакций на болезнь и формирование внутренней картины болезни вызвано многими факторами. Наличие конкретных преморбидных признаков (возраст, степень чувствительности, темперамент) и особенностей личности больного, характер заболевания, обстоятельства, в которых протекает болезнь. Известную роль играют механизмы защиты и компенсации. Большое значение имеют также социальный статус личности больного, его роль в семейных и служебных отношениях, степень его трудоспособности, общественное положение, ценностные ориентации, вызванное болезнью ограничение поведения, сужение интерперсональных связей, снижение жизненной перспективы и т. д., которые могут создавать дополнительные, помимо самой болезни, стрессовые ситуации, накладывают свой отпечаток на структуру психологических перестроек личности больного, что следует учитывать при его реабилитации.

Иногда раньше, а иногда одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель — *внутренняя картина здоровья* (ВКЗ) [Орлов, 1991], своеобразный эталон здорового человека или здорового органа, части тела и т. д. Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений. Он также является регулятором поведения.

Существует целый ряд обстоятельств, при которых ВКЗ претерпевает изменения. Например, смена эталона здоровья неизбежно происходит с возрастом. Бессознательное или сознательное вытеснение идеала здоровья или «уход в болезнь» или подавление идеала здоровья довольно типично для неврозов, что в определенной жизненной ситуации является адаптивной реакцией. В случае анозогнозии, наоборот, образ здоровья становится жестким стереотипом, а динамический образ болезни либо не формируется, либо разрушается. «Образ здоровья» начинает доминировать над «образом болезни». При изменении ситуации идеал здоровья может возрождаться.

По мнению В. Е. Кагана [1993], человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состояния не вписываются в картину его ВКЗ, и напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что обнимают широкий круг патологических состояний. Это не может не сказываться на формировании образа жизни, своевременности обращения за помощью, ожиданиях к ней и удовлетворенности ею. В этом отношении ВКБ предстает как частный случай ВКЗ, ибо болезнь практически никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда — в контексте жизненного пути личности, то есть в соотнесении со здоровьем, как оно дано в прошлом и видится в будущем. В известном смысле ВКБ — это ВКЗ в условиях болезни.

Знание ВКБ представляет интерес с точки зрения ее учета при разработке мер психотерапевтического и коррекционного воздействия.

Контрольные вопросы

1. Кто и когда ввел понятие внутренней картины болезни?
2. Каковы психологические предпосылки формирования ВКБ?
3. Характеризуйте уровни психической организации ВКБ.
4. Какой отпечаток могут накладывать психические расстройства на формирование ВКБ?
5. От каких факторов зависит специфика ВКБ и внутренней картины здоровья?

1.10. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В патопсихологии центральное место занимает поиск общего звена нарушения высших психических функций, лежащего в основе развития отдельных симптомов при реализации таких функций. Психологические исследования при психической патологии, как на этом настаивают представители школ А. Р. Лурии и Б. В. Зейгарник, требуют установления не только нарушенных звеньев психической деятельности, но и ее *сохранных элементов*, обеспечивающих успешность восстановления или перестройки функциональных систем. Очевидно, что корректный учет всех имеющихся феноменов невозможен без реализации личностного подхода, при котором каждый симптом или признак расстройства функции рассматривается в контексте биографии человека, его мотивов, поступков и оценок, личностного отношения больного к ситуации эксперимента (например, активное, настороженное, формально-ответственное, пассивное, негативное). Роль системы отношений личности как фактора, опосредующего формы и направленность поведения, была проанализирована в работах В. Н. Мясищева [1998].

Патопсихологическое исследование должно быть комплексным, так как его цель — выявление не отдельных компонентов, а целостной структуры психической деятельности психически больных людей. Решение этой задачи возможно только путем сочетанного использования традиционных для экспериментальной психологии количественных (формализованных, стандартизованных, тестовых) диагностических методов и системного качественного анализа нарушенной психической деятельности или ее распада.

Многочисленность параметров, которые могут определять позицию конкретной диагностической методики среди остальных, порождает и многочисленность их классификаций [Шванцара, 1978; Гайда, Захаров, 1982; Дюк, 1994; Бодалев, Столин (ред.), 2000 и др.], а соответственно, и понимание ее роли в исследовании.

Среди нестандартизованных (или относительно стандартизованных, часто индивидуально программируемых) основным (но не обязательным [Вассерман, Щелкова, 2004]) методом патопсихологии является **эксперимент,** в рамках которого создаются или моделируются искусственные условия, целенаправленно провоцирующие человека на выражение качеств и особенностей психической деятельности, недоступных для наблюдателя в обычных ситуациях. Иногда под экспериментами в современной психологии понимается использование любой диагностической процедуры для моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и особенностей личности, для проверки психологических гипотез, в рамках которых должны быть отслежены каузальные (причинно-следственные) связи [Корнилова, 2002]. Основные принципы построения патопсихологического эксперимента были разработаны Б. В. Зейгарник [1988] и С. Я. Рубинштейн [1998].

Строго говоря, эксперимент вообще связан с поиском связи между зависимой и независимой переменными, он отличается от других исследовательских процедур возможностью точного контроля над ними и целенаправленным вмешательством в исходные параметры воздействующих раздражителей или факторов. В частных случаях связь между

переменными может выражаться прямолинейными (корреляции) и криволинейными зависимостями. Однако обратное возможно не всегда — установление факта корреляции вовсе не обязательно указывает на наличие связи, а может являться следствием влияния на обе переменные какого-то третьего, неучтенного фактора [Аткинсон и др., 2003].

Специфика патопсихологического эксперимента заключается в том, что вызывание психических процессов происходит в строго определенных, учитываемых исследователем условиях и сохраняется возможность изменения течения этих процессов по заранее намеченному плану. Ценность такого эксперимента в том, что он может многократно повторяться и позволяет отделить причину явления от тех условий, в которых она развивается.

Описываются три основных способа влияния на степень патопсихологических проявлений в течение эксперимента:

1) варьирование его условий или изменение всей ситуации;
2) изменения характера деятельности (как это, например, имеет место при проведении тестирования);
3) воздействие фармакологических средств, обычно возбуждающих или тормозящих.

Всякое экспериментально-психологическое исследование требует анализа взаимодействия человека и окружающей ситуации [Зейгарник, 1971]. Спецификой патопсихологического эксперимента по сравнению с обычным экспериментально-психологическим исследованием является то, что в первом случае он проводится с человеком, который уже страдает психическим заболеванием, что само может рассматриваться как «природный эксперимент». Нельзя не учитывать и того, что в любом эксперименте под контролем экспериментатора в принципе могут оказаться не все существующие и воздействующие условия, а лишь доступные для учета. Причинно-следственная связь регистрируется, если экспериментальная процедура исключает иные возможные объяснения.

Однако, по мнению Б. С. Братуся [1988], применение экспериментального метода в трактовке Б. В. Зейгарник, перенесшей на психологическое изучение больного многие принципы левиновской школы (внимание к процессу, а не только к результату выполнения; варьирование условий внутри одной и той же ситуации; постоянное общение экспериментатора и испытуемого и т. п.), обнаруживает и ряд недостатков, «тормозов», важнейший из которых — оторванность от реальных смысложизненных контекстов, фоновость личности по отношению к познавательным, интеллектуально-мнестическим способностям испытуемых. Что касается экспериментальной детской психологии, то она, по свидетельству американского психолога Ури Бронфенбреннера, постепенно превратилась в «науку об искусственном поведении детей, помещенных в искусственные ситуации с необычно ведущими себя взрослыми» [цит. по: Братусь, 1988].

Помимо патопсихологического эксперимента, в качестве полноправных используются и такие *клинико-психологические* (по сути экспертные) приемы, как наблюдение, беседа, анализ продуктов деятельности, анализ истории жизни заболевшего человека (анамнез), сопоставление экспериментальных данных (результатов тестов, проб) с историей жизни. В последнее время в патопсихологии активно используются проективные, а также психосемантические психодиагностические методы и методики. Во всех перечисленных случаях, как указывалось выше, акцент ставится на индивидуальности и неповторимости анализируемой личности.

Качественный подход позволяет патопсихологу не столько определять, каков уровень развития той или иной психической функции, насколько он соответствует или не соответствует нормативному стандарту, сколько ответить на вопрос, как осуществлялся сам психический процесс, чем были обусловлены выявляемые при обследовании ошибки и трудности.

В отличие от клинико-психологических, *стандартизованные* методы предполагают одинаковую форму предъявления специально подобранного, регламентированного стимульного материала, взвешенного по трудности и времени выполнения каждому испытуемому, что связано с основным требованием к подобного рода методикам — количественной сопоставимости способа и уровня выполнения задания с ранее разработанными нормативными данными (например, для оценки интеллектуальных функций). Кроме того, к этой группе методик предъявляются обязательные требования валидности и надежности, без реализации которых сам диагностический прием теряет всякий смысл. Следует помнить, что количественные оценки, полученные при использовании как стандартизованных, так и нестандартизованных методов, носят вероятностный характер, то есть указывают лишь на большую вероятность наличия у больного какого-то расстройства.

Тесты — специфические измерительные инструменты, отличающиеся высоким уровнем стандартизации предшествующей инструкции, предъявляемого стимульного материала, времени предъявления, регламентированностью количественной обработки и интерпретации результатов. Тестам также часто приписывется такая характеристика, как заведомое знание того, какой ответ трактуется как верный или неверный, какое количество ошибок или какое время работы со стимульным материалом расценивается как критическое. В силу последних обстоятельств опросники и проективные методики в качестве тестов классифицированы быть не могут.

Основным преимуществом тестов перед другими психодиагностическими приемами является сопоставимость результатов по количественным параметрам, что позволяет сравнивать между собой различных испытуемых, их индивидуально-психологические особенности, в том числе лежащие и в сфере интеллекта (тесты интеллекта) или развития навыков, сопоставлять полученные данные с нормативными значениями, предварительно разработанными для соответствующего показателя. Тем самым достигается более высокий уровень объективности диагностических выводов, мало зависящих от произвольных суждений экспериментатора. П. Клайн, ссылающийся на работы Р. Кеттелла, считает, что объективный тест — это тест, цель которого скрыта от испытуемого (а поэтому результаты не могут быть фальсифицированы), и данные, полученные с его помощью, могут быть оценены независимо от лица, проводящего тестирование и интерпретацию [Клайн, 1994].

Решение вопроса о диагностическом значении тестов в патопсихологии по ряду причин неоднозначно. Основная претензия, предъявляемая им в контексте данной клинической сферы, — это плохая чувствительность к качественной стороне психических процессов, привлекаемых для исполнения заданий теста, неумение уловить индивидуальные оттенки психической деятельности, которые, как правило, не поддаются количественному определению. Детальное описание тенденций современного психологического тестирования представлено в известной работе А. Анастази и С. Урбина [2007].

Опросники — большая группа психодиагностических методик, стимульным материалом которых выступает совокупность объединенных какой-то темой (фактором) вопросов или утверждений, требующих от испытуемого, как правило, альтернативного согласия-несогласия (в других случаях предусматривается и промежуточный или уклончивый ответ либо группа уже готовых ответов, из которых необходимо произвести выбор). Теоретической основой данного метода можно считать интроспекционизм. Смыслом работы с опросником является выражение испытуемым своего отношения к тому, что сформулировано в вопросе. Это отношение может быть спроецировано или на себя, или на какие-то аспекты социального окружения. Формулировки большинства вопросов таковы, что в них нет

прямого указания на реально изучаемую характеристику, а подход к ней достигается путем кумуляции смыслов ответов, вероятностно связанных с интересующей чертой.

Способ обработки большинства опросников стандартизован и предусматривает сведение исходных «сырых» результатов к какой-то шкале, хорошо согласующейся с нормальным законом распределения (колоколообразной кривой Гаусса) или частотой встречаемости разной выраженности признака в той или иной популяции.

Другими словами, опросники в значительной степени отражают самооценочный компонент испытуемых, что делает весьма актуальным решение вопроса достоверности получаемых с их помощью данных. Не снимается со счета и влияние таких обстоятельств, как искренность испытуемого, его критичность, потребность выглядеть в глазах экспериментатора наилучшим образом (проблема социальной желательности) или, напротив, непреднамеренное или преднамеренное желание привлечь к себе внимание тяжестью симптомов, глубина понимания задаваемых вопросов, тревожность, заинтересованность в конкретных результатах, влияние на результаты поведения психолога и многое другое.

Поэтому обнаруженные в исследовании индивидуальные личностные особенности должны сопоставляться с данными анамнеза, с историей жизни и с конкретными ситуациями, в которых они формируются и проявляются, а без этого патопсихологическая диагностика утрачивает свою глубину и содержательность.

Спектр опросников чрезвычайно широк: опросники черт личности, типологические опросники, опросники мотивов, ценностей и т. д. Несколько особняком стоят опросники-анкеты, в которых, как правило, не предусматривается получение информации о собственно личностных особенностях испытуемого, а основной акцент делается на сопутствующих, например социальных, аспектах его жизни, позволяющих лишь уточнять результаты тестирования и других форм исследования.

Проективные методики — группа методик качественного по характеру исследования личности, работа с которыми испытуемого, а позднее интерпретация результатов по которым экспериментатором проводятся в рамках проективного диагностического подхода. Согласно этому подходу, неопределенный, расплывчатый, неоднозначный или слабоструктурированный стимульный материал при соответствующей инструкции, часто маскирующей реальные цели исследования, должен порождать желание испытуемого неким образом упорядочивать и трактовать его, исходя из собственного опыта, мотивов и системы ценностей, что позволяет выявлять наиболее глубокие, персонально значимые переживания и проблемы, сугубо индивидуальные особенности личности, не улавливаемые никакими иными диагностическими приемами. Кроме того, результаты работы с проективными методиками меньше подвержены фальсификации, чем соответствующие данные, полученные с помощью опросников. Работа с проективными методиками требует исключительного мастерства, знаний и интуиции экспериментатора.

В отношении проективных методик высказывается и ряд замечаний, касающихся отсутствия формализованных критериев оценки, отсутствия статистических норм, плохо проверяемой валидности, высокой зависимости результатов интерпретации от субъективного опыта экспериментатора. Приходится также принимать в расчет, что уникальные преимущества проективных методик, реализуемые в клинической практике, оборачиваются отрицательной стороной в научных доказательствах, требующих опоры на математический аппарат (наличие измерения, психометрики, статистики).

Вместе с тем, по мнению ряда специалистов [Блейхер, Крук, 1986; Бодалев, Столин (ред.), 2000], разделение психодиагностических методов и методик на качественные и психометрические, то есть служащие для измерения тех или иных психических функций,

условно, а порой и недостаточно обосновано, поскольку методики, направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности больных, доступны в большинстве случаев для статистической обработки, а использование психометрических тестов без качественного анализа получаемого с их помощью материала неправомерно и приводит к ошибочным выводам.

Еще более размытым выглядит традиционное деление методов на «объективные», «субъективные» и «проективные» [Бурлачук, 1989, 1997], поскольку в рамках первой одноуровневой дихотомии остается открытым вопрос о балансе, мере персональной вовлеченности в диагностическую процедуру испытуемого и экспериментатора. В тестах интеллекта и в методах оценки отдельных психических функций, предусматривающих верный ответ либо фиксацию времени работы и аналогичных параметров, если нет попыток симуляции, уровень «объективности» действительно оказывается достаточно велик, хотя и не стопроцентен, но в методах исследования личности (иногда не вполне корректно обозначаемых как тесты личности), обычно построенных на отражении мнения о себе, субъективизм самого испытуемого абсолютен и в принципе не может редуцироваться ни процедурами нормализации, ни процедурами шкалирования.

Реально объективным оказывается лишь факт ответа, а не его содержательно-психологическая сторона. Кумуляция по существу субъективных ответов в рамках какой-то шкалы, выражающаяся числом, создает лишь иллюзию объективности. В крайнем случае провозглашаемая объективность может быть определена только как ее весьма условная форма, указывающая исключительно на отсутствие наслаивающегося на ответы (но не их интерпретацию) мнения экспериментатора. «Субъективными» в данной классификации считаются те диагностические процедуры, где доминирует самоописание личности, плохо или вовсе не поддающееся количественному оцениванию (типа открытых опросников). Таким образом, критерий «объективности-субъективности» начинает подменяться способностью результатов представать в количественной или качественной форме, стандартизированностью или отсутствием таковой.

При заданном подходе проективные методы и по уровню «субъективности» испытуемого, и по степени влияния на конечные результаты опыта системы ценностей и личностной позиции экспериментатора дважды субъективны. На противоположном, «объективном» полюсе, по-видимому, расположены лишь аппаратурные методы исследования, результаты которых практически не корректируются ни со стороны обследуемого, ни со стороны экспериментатора.

Принципиально важно при проведении патопсихологического обследование умение экспериментатора не просто зарегистрировать те или иные нарушения психических процессов, но и ответить на вопрос о причинах произошедших изменений (то есть не только на вопрос «что?», но и на вопрос «почему?»), увидеть патологию в контексте личности и в динамике ее развития. В какой-то степени это и объясняет разнообразие применяющихся в клинике методов исследования, позволяющих в этих случаях оценить все многочисленные слои происходящих взаимосвязанных и причинно-следственно обусловленных психических расстройств.

При этом один и тот же методический прием, одна и та же методика может обнаружить самые разные варианты расстройств психического функционирования, а характер исполнения разных методик может позволить уловить одну общую и, возможно, поврежденную черту, процесс или свойство. Например, нарушения мотивации, ее ослабление будут не только сказываться на общей активности испытуемого в процессе обследования, но и влиять на эффективность гностических функций, на упорядоченность деятельности.

Важнейшей стороной патопсихологической диагностической деятельности является учет динамической стороны осуществляемых испытуемым операций — и мыслительных, и манипуляторных. Учет этой стороны может предусматривать констатацию ускорения или замедления темпа соответствующих процессов по сравнению с нормой, избыточную их лабильность и переключаемость, прерывистость либо вязкость и тугоподвижность.

По отношению к мыслительным действиям и их проявлениям вовне значимым становится качественный по характеру анализ способов осуществления задания, а тем самым косвенно — и качества мыслительных операций (сравнения, абстрагирования и др.).

Главная задача *системного подхода* заключается не только в том, чтобы определить составляющие того или иного патологического явления, но и чтобы характеризовать способ их организации, увидеть, как те или иные патологические феномены вписываются в контекст общего развертывания психики, как один поврежденный психический процесс или функция влияют на другие. Результаты, полученные при исследовании каждого из выделенных аспектов, должны в этом случае взаимно дополнять друг друга. Другой важный принцип — необходимость рассматривать явление в его развитии, поскольку развитие выражает суть самого существования психики как системы, где психические состояния — лишь моменты этой динамики.

В связи с этим воплощение системного подхода в рассматриваемых исследованиях предполагает существование **четырех этапов анализа** [Кудрявцев, 1999]:

1) установление на основе проведенных исследований соответствующих психиатрических и психологических феноменов;
2) соотнесение этих феноменов между собой, интерпретация клинических нарушений поведения в понятиях современной психологии и обратное концептуальное движение — определение клинической формы проявления тех или иных психологических содержаний, процессов, механизмов;
3) восстановление, реконструкция внешней логики развития изучаемого явления посредством нахождения закономерных связей между отдельными фактами, поступками, особенностями поведения;
4) уяснение внутренней логики изучаемого поведенческого феномена, раскрытие движения лежащих за ним психических механизмов, смыслов, установок, субъективных отношений, позиции (мировоззрения) личности.

Патопсихологическое исследование детей имеет свою специфику. Исследуя нарушения психической деятельности ребенка, необходимо учитывать не только характер нарушений, но и ту возрастную фазу, в которой отмечалось вредоносное воздействие, а также влияние первичного дефекта на возникновение вторичных образований, которые проявляются на момент исследования. При патопсихологическом обследовании подростков желательны определение наличия и типа акцентуации, характеристика мотивационной структуры личности, ее направленности и самооценки.

Выделение возрастных периодов жизни человека может происходить на разных основаниях — как апеллирующих к определенным этапам созревания центральной нервной системы и организма в целом, так и ориентирующихся на психологические и социально-психологические критерии. Указанные обстоятельства и порождают многочисленность отечественных и зарубежных вариантов периодизации.

Например, Б. Г. Ананьев [1968] наиболее пригодной для целей периодизации жизненного цикла признавал классификацию Д. Б. Бромлей [Bromley, 1966], охватывающую психологические и социальные характеристики, имеющую в своей основе смену способов ориентации, поведения и коммуникации во внешней среде и включающую пять возрастных

циклов (внутриутробный, детство, юность, взрослость, старость), каждый из которых предусматривает и деление на определенное число биологических стадий — от уровня зиготы (оплодотворенного яйца) до «болезненной старости».

В последние годы наиболее распространена следующая схема возрастных этапов развития человека:

Новорожденный	От рождения до 28 дней
Грудной возраст	28 дней – 11 мес. 29 дней
Раннее детство	1–3 года
Первое детство (дошкольный)	3–6 лет
Второе детство (ранний школьный)	7–12 лет (мальчики); 8–11 лет (девочки)
Подростковый возраст (старший школьный)	13–16 лет (мальчики); 12–15 лет (девушки)
Юношеский возраст	16–21 год (юноши); 16–20 лет (девушки)
Зрелый возраст (1-й период)	22–35 лет (мужчины); 21–35 лет (женщины)
Зрелый возраст (2-й период)	36–60 лет (мужчины); 36–55 лет (женщины)
Пожилой возраст	61–74 года (мужчины); 56–74 года (женщины)
Старческий возраст	75–90 лет
Долгожители	90 лет и старше

Л. С. Выготским в 1930 г. была сформулирована идея *социальной ситуации развития*, «системы отношений между ребенком данного возраста и социальной действительностью как „исходного момента" для всех динамических изменений, происходящих в развитии в течение данного периода и определяющих целиком и полностью те формы и тот путь, следуя по которому ребенок приобретает новые и новые свойства личности» [Выготский, 1984]. Составной частью этого подхода является мысль о том, что каждой возрастной степени развития присуще центральное, ведущее новообразование, вокруг которого группируются все остальные частные новообразования, характеризующие развитие отдельных сторон личности ребенка. Ведущему новообразованию соответствуют центральные линии развития данного возраста. С частными новообразованиями связаны побочные линии развития, которые на более поздних этапах могут стать центральными с соответствующими изменениями отношений между собой.

При этом возрастные изменения, как уже указывалось, предусматривают наличие двух чередующихся типов перехода между своими этапами — литического (плавного, постепенного, накапливающего) и критического (скачкообразного, переломного, отчасти связанного с отмиранием, свертыванием или распадом того, что являлось ключевым для более раннего возраста). Итогом критического периода становятся существенные перестройки во всей личности ребенка. Конкретные возрастные периоды кризисов могут быть определены лишь весьма условно (см. выше).

Пребывание ребенка в критическом периоде накладывает отпечаток на интерпретацию патопсихологического исследования, поскольку заведомо предполагает наличие закономерных сбоев в психической деятельности и в социально-психологическом функционировании, а кроме того, может сказаться и на характере взаимодействия между экспериментатором и ребенком в процессе самой диагностической процедуры.

Достаточно популярна разработанная в контексте детской и педагогической психологии и опирающаяся на взгляды Л. С. Выготского периодизация Даниила Борисовича Эльконина

(1904–1984) [1971], в соответствии с которой в зависимости от ведущей деятельности ребенка периоды детского развития делятся на две группы. Первая реализуется в системе «ребенок — вещь» («ребенок — общественный предмет»), а вторая — в системе «ребенок — взрослый» (взрослый как носитель определенных видов общественной по своей природе деятельности).

Расположенные в хронологической последовательности выделенные Д. Б. Элькониным ведущие виды деятельности ребенка образуют следующий ряд:

Непосредственно-эмоциональное общение	Первая группа (от рождения до 1 года)
Предметно-манипулятивная деятельность	Вторая (от 1 года до 3 лет)
Ролевая игра	Первая (от 3 до 7 лет)
Учебная деятельность	Вторая (от 7 до 12 лет)
Интимно-личное общение	Первая (от 12 до 15 лет)
Учебно-профессиональная деятельность	Вторая (от 15 до 17 лет)

Вместе с тем возрастная классификация, построенная по подобному принципу, подвергалась и критике [Петровский, Ярошевский, 1998], указывавшей на известную подмену понятия «социальная ситуация развития» понятием «ведущий тип деятельности» и на несводимость динамической системы многих деятельностей на каждом возрастном этапе лишь к одной, хотя и, казалось бы, ведущей. Один из аргументов, приводимых авторами критики, — всякое отсутствие подтверждающего экспериментального материала.

Также широко известны периодизация Ж. Пиаже [1986], выстраиваемая на ступенях эволюции детского мышления: 1) сенсомоторный период (от 0 до 15 мес.); 2) период недеятельного интеллекта (2–8 лет); 3) период конкретного интеллекта (9–12 лет); 4) период логических операций (с 13 лет); комплексная периодизация В. С. Мухиной [1999], включающая два основных этапа: 1) детство (младенчество — от 0 до 12–14 мес.; ранний возраст — от 1 до 3 лет; дошкольный возраст — от 3 до 6–7 лет; младший школьный возраст — от 6–7 до 10–11 лет); 2) отрочество (от 11–12 до 15–16 лет).

Есть и периодизация А. В. Петровского [Петровский, Ярошевский, 1998], ориентированная на вхождение ребенка в различные типичные для его возраста социальные группы. Он выделяет три основных процесса, определяющих ход развития:

1) адаптация как присвоение индивидом социальных норм и ценностей при субъективно переживаемых утратах некоторых своих индивидуальных отличий;
2) индивидуализация — мобилизация внутренних ресурсов для самоутверждения;
3) интеграция как согласование собственной индивидуальности с потребностями общности и наоборот — трансформация потребностей общества в соответствии с позицией индивида.

Периодизация, предложенная Петровским, выглядит следующим образом:

1) эпоха детства (раннее детство, детсадовский возраст и младший школьный возраст) характеризуется преобладанием адаптации над индивидуализацией;
2) эпоха отрочества (подростковый возраст) связан с преобладанием индивидуализации над адаптацией;
3) эпоха юности (юношеский возраст) характеризуется преобладанием интеграции над индивидуализацией.

Для патопсихологических целей существенный интерес представляет периодизация возрастных уровней, предложенная В. В. Ковалевым [1979, 1985], учитывающая различные уровни нервно-психического реагирования на те или иные вредности:

1) соматовегетативный (0–3 года) — расстройства вегетативных функций (нарушения смены сна и бодрствования, аппетита и функций пищеварения, повышенная вегетативная и моторная возбудимость), тесно связанные с ними нарушения инстинктивных проявлений (понижение или повышение влечений, страх новизны, боязнь контактов с окружающими) и обусловленные ими патологические формы поведения;
2) психомоторный (4–10 лет) — расстройства психомоторики и экспрессивной речи — синдром гиперактивности, системные невротические и неврозоподобные двигательные расстройства: тики, заикание, мутизм и некоторые другие (причина — интенсивная дифференцировка функций двигательного анализатора);
3) аффективный (7–12 лет) — синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества (возможная причина — формирование самосознания);
4) эмоционально-идеаторный (12–16 лет) — психогенные ситуационные реакции (протеста, эмансипации и др.), сверхценный ипохондрический синдром, синдромы дисморфофобии, нервной или психической анорексии (отказа от приема пищи), синдромы сверхценных увлечений и интересов, в том числе синдром «философической интоксикации» и некоторые другие.

По мнению В. В. Ковалева, симптоматика, свойственная каждому уровню нервно-психического реагирования, не исключает проявлений предшествующих уровней, однако отодвигает их на второй план и так или иначе видоизменяет. Преобладание психических расстройств, свойственных онтогенетически более ранним уровням, чаще всего свидетельствует об общей или парциальной ретардации.

Вместе с тем, характеризуя усилия специалистов по разработке возрастной периодизации психического развития детей, В. В. Лебединский [1985] писал, что при всей важности выделения отдельных уровней нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность такой периодизации, поскольку отдельные проявления нервно-психического реагирования не только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые типы клинико-психологической структуры нарушения. Так, например (в отношение периодизации В. В. Ковалева), роль соматовегетативных нарушений велика не только в возрасте 0–3 лет, когда идет интенсивное формирование данной системы, но и в подростковом периоде, когда эта система претерпевает массивные изменения. Ряд патологических новообразований пубертатного возраста (основной уровень которых квалифицируется в рамках «идеаторно-эмоционального») связан и с расторможением влечений, в основе которых лежит дисфункция эндокринно-вегетативной системы. Далее, психомоторные расстройства могут занимать большое место в дизонтогенезе самого раннего возраста (нарушения развития статических, локомоторных функций). Интенсивные изменения психомоторного облика, как известно, характерны и для подросткового периода. Нарушения развития аффективной сферы имеют большое значение и в самом младшем возрасте. Особое место среди них занимают расстройства, связанные с эмоциональной депривацией, приводящие к задержке психического развития различной степени. В возрасте до 7 лет в клинической картине различных заболеваний большое место занимают такие аффективные расстройства, как страхи. Наконец, разнообразные нарушения интеллектуального и речевого развития разной степени выраженности являются патологией, сквозной для большинства уровней развития.

Очевидно, что по мере возрастного дистанцирования от общебиологических форм реагирования на патогенные или дискомфортные раздражители, по мере становления личности, ее индивидуализации и дифференциации, в картине возможных психических

изменений все в большем объеме будут присутствовать специфические признаки, очерчивающие абрис конкретного расстройства.

Учет возраста и его психологической специфики, а также условий социального развития теснейшим образом связан с другой проблемой — адекватностью подбора методик для исследования детей. Во многих случаях допустимо применение адаптированных методов и приемов исследования, традиционных для диагностики различных сторон психики взрослых, но наиболее корректно применение методов, специально разработанных для конкретных возрастных групп, хотя бы потому, что подобные инструменты, как правило, предполагают и наличие количественных ориентировочных норм.

Проведение патопсихологического эксперимента, применение тестовых по характеру или проективных методов, конечно же, должны учитывать стартовые позиции ребенка:

- степень сохранности анализаторных систем, через которые подается инструкция и стимульный материал;
- степень развития произвольного волевого регулирования как предпосылки принципиальной возможности работы с методиками;
- общий уровень владения речью как в плане ее понимания, так и в способности ребенка продуцировать ответы в вербальной форме;
- степень сохранности моторики, обеспечивающая нормальное по возрасту выполнение методик, предусматривающих приложения графически навыков (если только состояние моторики не является специальным предметом исследования).

А это значит, что оценка указанных факторов должна быть произведена еще до планирования экспериментального этапа.

Широко используемыми приемами при работе с детьми, в том числе и в рамках патопсихологического обследования, является многократное повторение инструкции до ее понимания, показ выполнения задания-образца, начало работы с методик, гарантирующих успешность их выполнения, такое сочетание методик, в рамках которых востребованы и произвольный, и непроизвольный уровни регуляции когнитивной сферы, до определенного возраста (примерно до 4–5 лет) ограничение методик, ориентированных на самооценку, и акцент на экспертные и проективные способы характеристики ребенка, поиск дополнительных источников мотивации ребенка, ограничение времени работы с методикой, предусматривание перерывов и смены вида деятельности, использование игровых форм тестирования и др.

Достаточно специфический слой детской популяции составляют **подростки,** отличающиеся, с одной стороны, дисгармоничностью в строении личности, неустойчивостью эмоционального реагирования, свертыванием прежде установившейся системы интересов, протестующим характером поведения по отношению к взрослым [Фельдштейн, 1988], а с другой — началом осознания себя в социальной среде (ростом самосознания), формированием новой системы ценностей, критичности мышления, потребности в самоутверждении. Нельзя снимать со счета усиленный, а порой и акселерированный рост организма подростка и выраженные перестройки в его эндокринной системе.

А. Е. Личко [1983] выделяет целую группу подростковых моделей поведения (специфических реакций), характерных для данного возраста: реакции эмансипации, группирования со сверстниками, реакция увлечения (хобби-реакция) и реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, а также переносимые из детства в подростковый возраст реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. В ряде случаев при осложненной социальной ситуации возможны суицидальные формы поведения, бродяжничество и некоторые другие.

Подобные модели могут быть вариантами поведения в норме или представлять собой патологические нарушения поведения (непсихотические и даже психотические). Это положение было сформулировано В. В. Ковалевым [1983] в отношении поведенческих реакций оппозиции, имитации и др. в детском возрасте. По его мнению, последние становятся патологическими, если распространяются за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли, если к ним присоединяются невротические расстройства, а также если они затрудняют или нарушают социальную адаптацию. В ряде случаев вся совокупность преходящих психических изменений (патологических и непатологических), свойственных данному возрасту, обозначатся как *пубертатный криз*.

Исследования подростков в связи с упомянутыми обстоятельствами требуют от патопсихолога большего внимания к особенностям формирующейся личности и к особенностям межличностных отношений, в пределах которых возникают и реализуются конфликты подростка. Благодаря развитию самосознания у старших подростков становится возможным во многих случаях применять методы и методики исследования, в частности опросники и другие самооценочные по сути процедуры, традиционные для взрослого возраста. Расширяется и доступность методов исследования конкретных психических функций (памяти, внимания, разных форм мышления и т. д.), продолжают оставаться актуальными и проективные способы получения информации. Подавляющее большинство специалистов, занимающихся вопросами подростковой психологии, рекомендуют в качестве весьма желательных использовать методики оценки принадлежности подростка к тому или иному типу акцентуаций, что позволяет не только выявить наиболее рискоопасные зоны личности и характера на данный момент, но и, благодаря типологическому подходу, сделать вероятностное заключение о возможном векторе поведения в будущих критических ситуациях.

Среди методов исследования детей с дизонтогенетическими отклонениями особое место занимает **обучающий эксперимент,** который можно рассматривать как особый принцип построения эксперимента, приложимый для видоизменения процедуры работы с любой из методик [Иванова, 1976]. В его основе лежит идея Л. С. Выготского о необходимости при изучении интеллектуального уровня детей учитывать зону ближайшего развития и сопоставлять ее с актуальным уровнем. Актуальный уровень умственного развития определяется как запас знаний и умений, которые сформировались у ребенка к моменту исследования на основе уже созревших психических функций, а понятие зоны ближайшего развития Выготский раскрывает как большую или меньшую «возможность перехода ребенка от того, что он умеет делать самостоятельно, к тому, что он умеет делать в сотрудничестве» [Выготский, 1999, с. 229].

Эта возможность оказывается самым чувствительным симптомом, характеризующим динамику развития и успешности ребенка. Именно она и является основным предметом исследования в обучающем эксперименте: для детей одной возрастной группы подбирается такое задание, которое может быть выполнено через подражание или взаимодействие со взрослыми (экспериментатором), например, с помощью показа, наводящего вопроса, начала решения и т. п. Успешность-неуспешность выполнения задания будет определяться количеством помощи, которое необходимо для его правильного завершения. Таким образом, с помощью диагностического обучающего эксперимента исследуется не актуальный уровень умственного развития ребенка, а оцениваются его потенциальные возможности в отношении овладения новыми способами умственных действий («зона ближайшего развития» [по Выготскому, 1991] — функции, «находящиеся в процессе созревания, функции, которые созреют завтра, которые сейчас находятся еще в зачаточном состоянии, функции, которые можно назвать не плодами развития, а почками развития, цветами развития, то

есть тем, что только только созревает» [с. 400]). Другой аспект обучающего эксперимента связан с необходимостью отследить, способен ли ребенок перенести только что выработанные навыки и приемы на решение другой аналогичной, доступной по возрасту задачи.

Сходная ситуация исследования вполне пригодна и для работы со взрослыми при решении вопросов восстановления нарушенных функций — патопсихологическое исследование, выявив структуру измененных форм психической деятельности больного, должно также представить данные о ее сохранных сторонах, учитывать как поиски решения самим больным, так и его способность воспользоваться помощью экспериментатора [Карвасарский (ред.), 2002].

В выборе методик для исследования играют роль следующие обстоятельства:

1) цель исследования — дифференциальная диагностика, определение глубины дефекта, изучение эффективности терапии и т. д.;
2) возраст, образование и жизненный опыт больного;
3) фактор или факторы, способные повлиять на эффективность контакта с больным (например, дефекты анализаторных систем) или на его способность понять декларируемые цели эксперимента.

По мнению Т. В. Корниловой [1988], наиболее существенное отличие экспериментальных патопсихологических методик от обычных задач и схем индивидуальных экспериментов — их нацеленность на проверку специального рода гипотез. Они построены на предположениях о механизмах регуляции, основанных на причинных и структурно-функциональных связях изучаемых свойств. Показатели любого испытуемого в той или иной методике зависят от общей структуры и индивидуальных особенностей актуализируемого в них базисного процесса. Таким образом, в гипотезе предполагается общепсихологическая закономерность, а проведение эксперимента дает картину ее единичного проявления.

Для того чтобы избежать искажающего результаты обследования воздействия внешних факторов, организация патопсихологического обследования должна учитывать наличие на данный момент осложняющих соматических заболеваний, приема фармакологических средств (например, психотропных), усталости, недосыпания, выраженного чувства голода или, напротив, расслабляющей сытости и др.

Подбор комплекса методик обусловливается той конкретной задачей, которую собирается решать патопсихолог при взаимодействии с врачом (именно он, как правило, и является основным «заказчиком» диагностически полезной информации). Эта информация собирается в результате патопсихологического обследования и передается ему в форме **заключения по обследованию.** Поэтому заключение всегда должно быть ответом на вопрос, поставленый клиницистом. Естественно, что контакт психолога с врачом предполагает и получение части полезных сведений от последнего, равно как и из материалов истории болезни.

По вопросу о форме заключения С. Я. Рубинштейн [1998] писала, что «подобно тому, как нет и не может быть стереотипного построения исследования, стереотипного подбора методик, не может быть и стандарта в составлении заключения» [с. 142]. Однако общая схема такого заключения может быть примерно описана.

Оно включает:

1) паспортную часть;
2) краткую характеристику условий обследования;
3) предположительный или верифицированный диагноз;
4) характер запроса, по поводу которого проводится исследование (причина исследования, гипотеза исследования);

5) анамнестические и биографические данные (следует помнить, что, в отличие от клинических условий, в которых под анамнезом понимают совокупность сведений о болезни и отдельных аспектах жизни (перенесенные в прошлом болезни, профессиональный путь, развитие семейных и интимных отношений, система межличностных отношений вне семьи, тяжелые события прошлой жизни, вредные привычки и т. п.), получаемых главным образом от самого больного, в отношении детей это понятие расширяется и начинает включать и историю развития ребенка (условия развития, способность к научению, соответствие имеющихся знаний и навыков возрасту и т. п.), вмещающую в себя и историю болезни);
6) описание актуальных жалоб больного и/или лиц, его сопровождающих, опекающих (жалоб, связанных с психическими функциями, а не с соматическим здоровьем);
7) перечень отобранных для исследования методик и показателей (шкал), ключевых для понимания механизмов предположительного расстройства;
8) описание того, как больной работал с методиками (отношение к проводимому обследованию, сотрудничество с экспериментатором, понимание инструкций к методикам, поведение при исполнении различных проб, отношение к совершаемым ошибкам, восприимчивость к помощи, наличие установочного поведения и т. п.);
9) описание экспериментальных данных (качественное, сопровождаемое примерами, а в зависимости от направленности исследования — с приведением количественных — табличных, графических или избранных показателей), отвечающих на вопрос клинициста: характеристика диагностированных нарушений и констатация сохранных элементов (результаты клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования). Традиционными сферами описания здесь являются:
   - способность ориентироваться в пространстве, времени, в себе и в ситуации; отношение больного к имеющимся у него расстройствам;
   - состояние основных сенсорно-перцептивных функций или их особенности, которые могут наложить отпечаток на исполнение психодиагностичесих проб;
   - особенности эмоциональной и мотивационной сфер;
   - характеристика произвольного волевого регулирования, наличие признаков истощаемости;
   - нарушения со стороны мнестических процессов и внимания;
   - нарушения процессов мышления и особенности речи, их реализация в коммуникативной сфере;
   - при необходимости — интегральная оценка интеллекта и его соответствие возрасту испытуемого (для детей);
   - специфика моторики, как общей, так и мелкой; динамический праксис;
   - специальное указание на степень сохранности компонентов соответствующих функций;
   - для подростков (желательно) — их принадлежность к тому или иному типу акцентуации;
   - сопоставление экспериментальных данных с историей жизни испытуемого;
   - краткое резюме с указанием основного нарушения и описанием выявленного патопсихологического синдрома, индивидуального своеобразия, прогноза возможного развития, а также обращением внимания на противоречивость результатов по различным пробам (если таковая обнаружилась).

В отношении детей Н. Ю. Максимова и Е. Л. Милютина [2000] рекомендуют включать в резюме и следующие пункты:

- дифференцирующие нарушения психической деятельности самого ребенка от последствий влияния неблагоприятной микросоциальной ситуации развития;

- указывающие на преобладающий тип нарушения и характер его механизмов (ретардация, асинхрония и т. д.);
- указывающие на необходимость вмешательства в выявленные в качестве психологического диагноза феномены;
- рекомендующие, кем и на каком уровне может быть проведена коррекция нарушений развития ребенка.

Л. И. Вассерман и О. Ю. Щелкова [2004] также указывают на необходимость систематизации результатов разных методик на основе какой-либо теории.

Вся информация, связанная с проведением патопсихологического обследования, протоколируется, причем объем, качество и логика записей в протоколе должны позволять любому заинтересованному лицу по прошествии времени легко возвращаться к полученной информации и видеть аргументированность сделанного окончательного заключения. Технические и организационные аспекты деятельности патопсихолога, в том числе деятельности психодиагностической, отражены в Методическом письме МЗ РСФСР [Зухарь, Рубинштейн, Поперечная, 1975] и в ряде других документов (Приложения 1–3), а также в работе Г. Л. Воронков, В. М. Блейхер, С. П. Гарницкий [1980]. (Также см. информационный ресурс http://www.psyinst.ru.)

По существу, содержательная часть заключения представляет собой развернутый функциональный диагноз данного испытуемого или больного человека.

Контрольные вопросы

1. Что такое патопсихологический эксперимент, каковы его преимущества и ограничения?
2. Какие методы исследования относятся к клинико-психологическим и в чем их общая специфика?
3. Каковы основные формы стандартизованных психодиагностических методов?
4. Каковы преимущества и недостатки проективных методов исследования?
5. Опишите проблему соотношения объективного и субъективного факторов в классификации психодиагностических методов и методик.
6. В чем суть системного подхода в патопсихологической диагностике?
7. Какие обстоятельства должны быть учтены при патопсихологическом обследовании детей и подростков?
8. Какие подходы встречаются при попытках возрастной периодизации человека?
9. Характеризуйте такой метод исследования, как обучающий эксперимент.
10. Какими обстоятельствами обусловливается выбор методик в патопсихологии?
11. Каковы основные структурные элементы заключения по патопсихологическому обследованию?

1.11. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

«Диагноз» в переводе с древнегреческого означает «распознавание», «определение», а диагностика — это особый вид деятельности, имеющий много общих черт с научным познанием. Установление и анализ признаков заболевания позволяют сравнить и идентифицировать полученную модель патологии с эталоном, в качестве которого выступает ранее описанная и общепринятая нозологическая форма (определенная болезнь).

Л. С. Выготский [2003], опираясь на работы А. А. Невского, вслед за ним выделяет три ступени в развитии диагноза: *симптоматический* (эмпирический), *этиологический*

и *типологический*. Первый ограничивается лишь констатацией фактически имеющихся признаков заболевания, подменяя сущность болезни ее симптомами. Второй не только учитывает внешне демонстрируемые психологические особенности, но и пытается вскрыть их причины, что может быть затруднено динамикой симптомов и искажено излишней обобщенностью и малой содержательностью при указании источника явлений. Третий — типологический — связан с определением пути, по которому пойдет развитие психики (в частности, психики ребенка), с его прогнозом и общей логикой развития расстройства.

Но традиционный нозологический диагноз, находящийся в компетенции врача (психиатра, психоневролога и т. д.), в силу своей абстрактности не в полной мере удовлетворяет запросы практической психотерапии и реабилитации. В большей степени интересам и целям патопсихологии отвечает так называемый функциональный диагноз, способный учитывать компенсаторные образования, обеспечивающие адаптацию личности, дальнейшее течение и прогноз заболевания. Данное понятие ввел в клинический обиход Сергей Петрович Боткин (1832–1889) для оценки приспособительных реакций и компенсаторных возможностей больного и установления патологической зависимости, а также как средство, раскрывающее механизм болезней. Это диагноз не болезни, а больного в болезни, учет самочувствия больного в целом. Позднее функциональный диагноз стал рассматриваться в качестве одного из элементов клинического диагноза.

Основные принципы структурной организации функционального диагноза были разработаны В. М. Воловиком [1975]. В качестве системообразующего фактора функционального диагноза рассматривались адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие в конечном счете его биологический, психологический и социальный уровни адаптации. Акцент в этом случае начинает смещаться на личность больного и ситуацию, в которой он существует.

В структуре функционального диагноза традиционно выделяют три аспекта: клинико-психопатологический — уровень или стадия проявления заболевания, структура дефекта и функциональная оценка психопатологического состояния с точки зрения возможностей его компенсации и влияния на социальную адаптацию больного; психологический характеризует личность пациента и значимые для его социальной и профессиональной адаптации отношения; социальный отражает реальную жизненную ситуацию и характер включенности в нее больного с учетом его преморбидного (до болезни) опыта. Предметом психодиагностики в этом случае становится построение вероятностной модели состояния человека.

Особенно велика роль функционального диагноза при коррекционной работе с детьми [Корсакова, Микадзе, Балашова, 2000; Ахутина, Пылаева, 2003], которые имеют существенные отличия в мозговой (динамической) организации психических процессов, выражающиеся известной незавершенностью в становлении многих управляющих процессов. Важнейшими из них являются продолжающийся процесс кортикализации психических функций и возрастная диффузность и пластичность функциональных мозговых органов детей.

С позиции критики функциональный диагноз не лишен и ряда недостатков, важнейшим из которых является то, что на практике реальное содержание «функционального диагноза» стало представлять собой набор самых разных феноменов [Коцюбинский, Зайцев, 2004] и может достигать 560 различных признаков, как, например, в монографии В. Д. Вида [1993]. Подобный подход существенно размывает границы функционального диагноза и превращает его в систему тщательно фиксируемых различных вненозологических характеристик.

По мнению тех же авторов, при постановке функционального диагноза и при попытках интегрировать какие-то ключевые биографические, психологические и социальные сведения о больном в единую функционально-диагностическую систему, прежде всего нужно

ответить на вопрос о том, чего недостает в информации, содержащей разнообразные и разнородные сведения о больном.

Для практических целей наиболее существенным дефицитом будет отсутствие данных:

- об особенностях компенсаторно-адаптационных возможностей пациентов;
- о пределе их психологических защитных сил;
- об особенностях социальной поддержки и, в связи с этим, о максимуме их социальных возможностей, на которые может рассчитывать врач.

На этом основании предлагается в пределах функционального диагноза сосредотачивать внимание на следующих четырех блоках, включающих данные об особенностях:

1) преморбидного адаптационного потенциала;
2) психологического блока психической адаптации;
3) социального блока психической адаптации;
4) блока социальной поддержки.

1. Преморбидный адаптационный потенциал. Здесь наиболее важными являются две характеристики:

1) *сенситивность индивидуума*, то есть его готовность реагировать развитием психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров;
2) *характеристика преморбидного социального статуса:*
   а) уровень образования пациента, имевшийся до проявлений заболевания;
   б) наличие у него квалифицированной профессии.

2. Психологический блок психической адаптации:

1) копинг (попытки совладания, попытки справиться с чрезмерными внешними или внутренними требованиями);
2) психологическая защита;
3) внутренняя картина болезни;
4) личностные ресурсы.

3. Социальный блок психической адаптации:

1) *тип приспособительного поведения* (качественные особенности социальной адаптации), под которым понимается «биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью» [Воловик, Коцюбинский, Шейнина, 1984];
2) *уровень достижения в различных сферах социального функционирования* — количественная оценка социальной адаптации — это мера успешности функционирования индивидуума в социуме с точки зрения общественных норм в следующих сферах: производственная; межличностных отношений; супружеских отношений; воспитания детей; отношений с родителями; организации быта; сексуальных отношений;
3) *качество жизни*, оценивающее субъективный характер социальной адаптации, — это субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных с его здоровьем, то есть физическим, психическим и социальным благополучием.

4. Блок социальной поддержки, в который входят *семейные и внесемейные* характеристики и влияния.

Контрольные вопросы

1. Какие ступени выделяются в развитии диагноза?
2. В чем различия между нозологическим и функциональным диагнозом?
3. Какие аспекты традиционно выделяются в рамках функционального диагноза?
4. Какие основные информационные блоки предлагается рассматривать при формулировке функционального диагноза в практическом отношении?

1.12. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Содержанием функционального диагноза выступает патопсихологический синдром. Любой диагностический эксперимент должен быть направлен на выяснение его структуры. Симптомы никогда не проявляются изолированно, в силу чего в психиатрической клинике большое значение имеет именно системный анализ, отражающий нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы. Подобные представления позволяют прогнозировать возникновение наиболее типичных для данного заболевания расстройств.

Большинство толкований понятия синдрома, несмотря на внешние различия, имеют довольно большое общее содержание. Например, В. Х. Василенко [1985] определяет синдром вообще как «устойчиво наблюдаемую совокупность симптомов, объединенных общим патогенезом» [с. 147], причем одни и те же синдромы могут наблюдаться при различных нозологических формах. Н. К. Корсакова [1999] дает более конкретное определение клинико-психологического синдрома — «закономерное возникающее сочетание симптомов нарушения познавательных процессов или личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объединяющего их звена в системно-структурном строении психики» [с. 142]. Ю. М. Антонян и В. В. Гульдан [1991] считают, что «патопсихологический синдром представляет собой неразрывную в реальности совокупность взаимосвязанных нарушений, сохранных сторон и индивидуально-типических особенностей психической деятельности личности» [с. 33]. И. А. Кудрявцев [1988] характеризует патопсихологические синдромы как специфические комплексы внутренне связанных, родственных по происхождению (патогенезу) психологических симптомов — признаков нарушения поведения, эмоционального реагирования и познавательной деятельности, несущих информацию об уровне (глубине), объеме (тяжести) психического поражения и некоторых его нозологических характеристиках (диагностической «окраске»).

Патопсихологический синдром определяют и как совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности, характеризующую патопсихологическую картину при различных формах заболеваний [Николаева, Соколова, 1979] или патогенетически обусловленную общность симптомов, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных признаков психических расстройств [Блейхер, Крук, 1986]. То есть специфичным для того или иного заболевания может быть лишь определенный симптомокомплекс, определенная конфигурация из сохранных и нарушенных психических функций, признаки расстройства которых причинно (или опосредованно-причинно) связаны между собой. В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами.

Синдромологический анализ состояния больного в целом предваряет нозологический диагноз. Для решения клинических задач и организации лечебной или коррекционной работы учитываются не только статика, но и динамика синдромальных проявлений болезни, указываются типичное или атипичное проявление синдрома (и в чем его атипичность), его простота или сложность, его нозологическая специфичность. Отмечаются симптомы, которые, как правило, наблюдаются при данном синдроме, но редко встречаются при других синдромах (так называемые дискриминирующие симптомы) [Буркин, Рыбак, 1998].

В соответствии с наиболее распространенным определением, психопатологический синдром — это устойчивое сочетание нарушений высших психических функций, обусловленное различными болезненными процессами.

Разведение патопсихологического и психопатологического синдромов по их определению встречается с серьезными трудностями, поскольку феноменология и механизмы

возникновения тех и других идентичны. Различия же сводятся к направленности анализа этой феноменологии — если психопатолог констатирует наличие в клинической картине тех или иных симптомов или синдромов психической патологии и специфику их течения, то патопсихологу предлагается свое исследование направить «на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемой в клинике симптоматики» [Блейхер, Крук, 1986, с. 26].

Таким образом, особенности психопатологических и патопсихологических синдромов связаны с характером и уровнем поражения определенных функциональных систем головного мозга, то есть материального субстрата, и, естественно, с нарушением социально выработанных форм адаптации. Это следствие взаимодействия причинного патогенного (вызывающего расстройство) фактора с защитными и адаптационными механизмами организма и личности, отражающее их особенности и особенности их взаимодействия.

Для синдромального подхода в патопсихологии, как и в психиатрии, важно определение существенных особенностей нарушения психической деятельности, что обеспечивает полноту анализа и обоснованность выводов исследователя.

Патопсихологический синдром не является непосредственно данным. Для его выделения необходимо структурировать и интерпретировать получаемый в ходе исследования материал. При этом важно помнить, что характер нарушений не специфичен для того или иного заболевания или формы его течения. Он лишь типичен для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования [Зейгарник, 1986]. Поскольку каждое заболевание имеет свою динамику, то столь же динамичны и синдромы, которые могут меняться с течением заболевания в зависимости от таких характеристик заболевания, как форма, длительность, время возникновения, качество ремиссии, степень дефекта.

Систематика патопсихологических синдромов не представляется в достаточной степени разработанной. Первые попытки в этом направлении в рамках судебно-психиатрической практики были предприняты А. И. Кудрявцевым [1988], который в качестве основных выделил следующие: шизофренический, органический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации психической деятельности.

Для **шизофренического** патопсихологического симптомокомплекса наиболее характерны симптомы распада мыслительных процессов, признаки диссоциации личностно-мотивационной и операциональной сфер мышления, специфические нарушения динамики мыслительной деятельности. Эти основные расстройства при патопсихологическом исследовании проявляются в нецеленаправленности мыслительного процесса, непоследовательности суждений, специфическом эмоционально выхолощенном и бесплодном резонерстве, символике, искажении процессов обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков, в актуализации слабых и латентных признаков предметов и понятий, феноменах патологического полисемантизма (многосмыслия), причудливости, несоответствия, выхолощенности ассоциаций, фрагментарности восприятия, своеобразных изменениях внимания и умственной работоспособности, связанных с мотивационными расстройствами, в нарушениях критичности мышления, неправильной самооценке.

«Ядро» патопсихологических нарушений **органического** симптомокомплекса имеет качественно иной характер. Преобладают изменения операциональной сферы мышления и процессов памяти по типу снижения интеллектуальных и мнестических возможностей, исследуемых в сочетании с относительной сохранностью личностно-мотивационной сферы мышления, достаточной адекватностью эмоциональных реакций. Отмечаются выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей, обстоятельность суждений,

снижения всех видов запоминания, замедленность, примитивность, стереотипность ассоциаций, нарушения умственной работоспособности с истощаемостью, лабильностью внимания, субъективной утомляемостью и колебаниями качества ответов по мере увеличения интеллектуальной нагрузки, снижение критичности мышления при относительно верной самооценке.

Психопатический симптомокомплекс патопсихологических расстройств складывается из характерных явлений нарушений самооценки, неадекватного уровня притязаний (чаще завышенного), аффективной обусловленности поведения, расстройств прогностической и регуляторной функций мышления со своеобразным эмоционально насыщенным рассуждательством (резонерством), неустойчивостью мотивации в процессе обобщения, выраженной аффективной логикой суждений при затрагивании наиболее личностно значимых тем, явлениями парциальной (частичной) некритичности при оценке своего противоправного поведения и ситуации.

Основу патопсихологического симптомокомплекса **психогенной дезорганизации психической** деятельности, свойственного реактивным психозам, составляют характерные признаки специфической хаотичности, ненаправленности деятельности, своеобразные «искажения» процесса обобщения с выделением аффективно значимых признаков предметов, с аффективно обусловленными задержками, затруднениями, нарушениями в операциях опосредования, абстрагирования. Отмечается снижение уровня обобщений, чаще динамического характера (выделение конкретно-ситуационных признаков). Обнаруживаются затруднения при понимании логических связей событий, неспособность осмысления относительно несложных наглядно-образных ситуаций с искаженной переработкой сюжета, вытеснением эмоционально значимого (отрицательно окрашенного) компонента. Характерны также динамические нарушения конструктивных способностей («праксиса»), привычных навыков, памяти (всех ее видов — оперативной, кратковременной, отсроченной, механического и смыслового запоминания), сочетающиеся с трудностями переключения внимания, замедленным и неравномерным темпом психической деятельности.

Проведенное динамическое сопоставление повторных психиатрических нозологических и патопсихологических синдромальных диагнозов выявило высокую степень их соответствия, подтвердив диагностическую надежность и информативность патопсихологических симптомокомплексов.

В. М. Блейхер и И. В. Крук [1986], основываясь на работах А. И. Кудрявцева [1982], дополнили вышерассмотренный перечень, выделив в рамках органического экзогенно-органический и эндогенно-органический синдромы, в рамках психогенного — психотический и невротический, а в круге эндогенных психозов — шизофренный и аффективно-эндогенный. В итоге эти авторы предлагают оперировать следующими синдромами (регистр-синдромами), способными сблизить позиции патопсихолога и психиатра:

1) шизофренический;
2) аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста);
3) олигофренический (складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств);
4) экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, токсикомании и т. д.);
5) эндогенно-органический (в клинике — истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге);

6) личностно-аномальный (в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции);
7) психогенно-психотический (в клинике — реактивные психозы);
8) психогенно-невротический (в клинике — неврозы и невротические реакции).

Экзогенно-органический, в свою очередь, может быть структурирован в зависимости от локализации очага поражения головного мозга, что переводит вектор анализа содержания таких синдромов в нейропсихологическую плоскость. С достаточной полнотой основные нейропсихологические синдромы у взрослых (синдромы повреждения) и детей (синдромы незрелости) описаны в работах Н. К. Корсаковой, Л. И. Московичуте [2003] и А. В. Семенович [2002].

Контрольные вопросы

1. Раскройте содержание понятия «синдром».
2. Какова классификация патопсихологических синдромов?

Глава 2. ПАТОПСИХОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

2.1. СЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Сенсорные процессы — это процессы, результатом которых становятся ощущения («сенсорные эффекты и есть ощущения» [Веккер, 1998, с. 78]). **Ощущения** — форма непосредственного отражения в сознании человека отдельных свойств предметов и явлений реальной действительности, воздействующих в данный момент на органы чувств человека, а также и состояния самого организма. Это самая элементарная форма психического отражения, благодаря которой организм идентифицирует качество (модальность) раздражителя, длительность и интенсивность его воздействия, а также его локализацию по отношению к органам чувств или по отношению ко всему организму. В физиологическом аспекте термином «ощущение» обозначают начальные процессы обнаружения и кодирования энергии физического мира [Шиффман, 2003].

Ощущение является исторически первой формой психического. Возникновение ощущения связано с развитием раздражимости нервной ткани. На определенном этапе эволюционного процесса у организма элементарная раздражимость перерастает в чувствительность, то есть способность реагировать не только на жизненно важные раздражители, но и на раздражители, имеющие сигнальное (в известном смысле — предупреждающее) значение, что заканчивается ответами на них дифференцированными формами реакций.

Получение первичной психической информации происходит через органы чувств — *анализаторные системы*, состоящие из периферических рецепторов, по отношению к раздражителям выполняющих роль детекторов (определителей и преобразователей), проводящих путей (афферентных), некоторых подкорковых инстанций и центральной части — представительства в коре больших полушарий мозга. Иногда в структуре анализаторной системы выделяют и нисходящие волокна (эфферентные), по которым осуществляется настраивающая регуляция деятельности нижних уровней анализатора со стороны высших, в особенности корковых, отделов.

Расположение рецепторов в пространстве организма не случайно, это результат продолжительного эволюционного процесса. При этом имеется сочетание двух факторов, обеспечивающих формирование сенсорного образа, — способности к одновременной активации многих рецепторов, воспринимающих сигналы разных модальностей, и относительной функциональной их независимости друг от друга. Интеграция получаемой таким образом информации производится лишь в высших отделах ЦНС. В принципе, человеческое тело в целом можно рассматривать как единый, хотя и сложно дифференцированный, анализатор сигналов — воздействий на человека со стороны окружающей его среды [Гинецинский, 1997]. Таким образом, для возникновения ощущения необходимыми условиями являются: источник раздражения, его энергетическое воздействие и среда, через которую это воздействие достигает рецепторного аппарата.

Другая закономерность, распространяющаяся на работу воспринимающих систем, — это процесс *сенсорной адаптации* (*лат.* sensus — чувство, ощущение и adapto — приспособляю) — изменения чувствительности анализатора, которое служит для его подстройки к интенсивности раздражителя. При помощи сенсорной адаптации достигается повышение разностной чувствительности в зоне, граничащей с величиной раздражителя.

При утрате какого-либо вида чувствительности наблюдается *компенсаторное развитие* других ее видов. Так, например, у людей, рано потерявших зрение или слух, как правило, отмечается высокий уровень развития кожной чувствительности.

Для раннего детства ощущения характеризуются целым рядом особенностей. Ярко выражена высокая степень ориентировочных реакций на явления окружающего мира. Сенсорные потребности вызывают высокую двигательную активность, а состояние двигательной сферы во многом определяет возможности ребенка в познании происходящего.

В соответствии с классификацией Чарльза Шеррингтона (1857–1952), выделяются следующие виды ощущений:

- *экстероцептивные* ощущения (возникающие при воздействии внешних раздражителей из внешней среды); они, в свою очередь, делятся на дистантные и контактные;
- *проприоцептивные* (кинестетические) ощущения, отражающие движение и относительное положение частей тела при помощи рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях, суставных сумках. Они также регистрируют степень сокращения или расслабления мышц, сигнализируют о положении тела относительно направленности сил гравитации (ощущения равновесия);
- *интероцептивные* (органические) ощущения, возникающие при отражении обменных процессов и состояния внутренних органов самого организме (наличия в нем биологически полезных или вредных веществ, температуры тела, химического состава имеющихся в нем жидкостей, давления и многого другого). Сигналы, поступающие из внутренних органов, в большинстве случаев менее заметны и относятся к субсенсорной области психики. Причиной перехода этих раздражений в область ощущений служат патологические изменения во внутренней среде организма, то есть интероцептивные ощущения выполняют сигнальную функцию (патология функционирования интероцептивных систем имеет определенное значение в развитии ипохондрического феномена [Орбели, 1949; Кербиков, 1955 и др.]. Однако в клинической практике нередко можно встретить феномен субъективно отчетливых интероцептивных ощущений, для которых отсутствуют соответствующие материальные причины.

Английский невролог Генри Гед (Хэд) (Henry Head, 1861–1940) в эволюционном плане предложил различать протопатические и эпикритические ощущения.

Протопатические (подкорковые, витальные, ноцицептивные), древние ощущения малодифференцированы, лишены четкой локализации, тесно связаны с эмоциями и жизненно важными процессами, вызываются угрожающими организму и его тканям раздражителями (например, восприятие сильных болевых стимулов, резких температурных воздействий и т. п.). Ноцицептивная чувствительность, кроме боли, субъективно может быть представлена и в виде различных неприятных интерорецептивных ощущений, таких как изжога, тошнота, головокружение, зуд, онемение.

Эпикритические (корковые, гностические), или дискриминативные, ощущения эволюционно более «молодые», четко дифференцированы, организованны для восприятия внешних стимулов и непосредственно связаны с процессами мышления. Они дают возможность организму ориентироваться в окружающей среде, воспринимать слабые раздражения, на которые организм может отвечать реакцией выбора (произвольным двигательным актом).

Понижение или выпадение функции эпикритической чувствительности приводит к растормаживанию функции системы протопатической чувствительности.

Каждая анализаторная система имеет существенные ограничения в своей работе, то есть эффект ощущения возникает лишь при определенном диапазоне интенсивности и качества раздражителя, характеризуемом нижним и верхним порогами раздражения. Даже полный комплекс анализаторных система человека (равно как и всех животных) способен отразить не всю информацию, гипотетически воздействующую на организм, а лишь ее небольшой спектр, обеспечивающий эффективную адаптацию к внешней среде. Чувствительность постоянно изменяется в процессе развития и жизнедеятельности организма, приспосабливая его к раздражениям различной интенсивности.

Информация, прошедшая процесс переработки и анализа, далее либо осознается, либо остается на неосознаваемом уровне, но в любом случае влияет на поведение человека (например, через сосудистые, трофические вегетативные, секреторные реакции). Таким образом понятие чувствительности у́же, чем понятие рецепции.

Традиционно различают *количественные* (понижение, повышение интенсивности ощущений, их потеря) и *качественные* (извращения) **нарушения чувствительности.** Первые характеризуются тем, что при них сохраняется правильность ощущения по существу (общий обзор вариантов симптоматики нарушений телесной перцепции [Крылов, 2006]).

Количественные расстройства чувствительности

Гиперестезия – усиление восприимчивости, интенсивности ощущения. Раздражители, обычно располагающиеся в зоне физиологического комфорта, вызывают чрезвычайно интенсивную реакцию в связи с резким уменьшением нижних абсолютных порогов соответствующих рецепторов — обычный свет кажется ослепительно ярким, звуки ощущаются оглушительно громкими, случайные прикосновения — грубыми и т. п. В крайних случаях своего проявления гиперестезия может приводить к раздражению, несдержанности и дискомфорту.

Гипестезия (гипопатия) — ослабление интенсивности ощущения вследствие резкого возрастания их нижних абсолютных порогов. Нарушение чувственного тона может касаться различных видов ощущений — зрительных, слуховых, тактильных, проприоцептивных, висцеральных.

Приведем примеры жалоб больных с гипестезией [Жмуров, 1994].

Снижение остроты зрительных ощущений проявляется в том, что интенсивность освещения окружающего кажется значительно меньшей, чем это свойственно нормальному восприятию. Яркое освещение воспринимается тусклым, матовым, вечерним, цвета кажутся угасшими, блеклыми, пастельными, оттенки цвета различаются с трудом, контуры предметов видятся неясными, размытыми, лишенными четких очертаний, иногда слегка колеблющимися, неопределенными. Все вокруг воспринимается «как в тумане, через вуаль, пелену, дымку, завесу», как если бы глаза были «задернуты пленкой, зашторены».

Ощущение притупления слуховых восприятий проявляется в том, что звуки кажутся ослабленными, приглушенными, неотчетливыми, плохо модулированными: «уши как заложены, будто вата в них». Гипестезия кожного чувства выражается жалобами на снижение ясности ощущений осязания, боли, холода, тепла: «Щипаю себя, колю и плохо это чувствую, как будто это не я... Трогаю предметы и не понимаю, холодные они, горячие, твердые или мягкие... Щека как замороженная, ничего не ощущает... Кожа над коленными чашечками будто одеревенела... Руки ниже локтя как онемели, ничего не чувствуют...»

Ослабление яркости обонятельных и вкусовых ощущений часто наблюдается одновременно. Пища кажется безвкусной, пресной, однообразной, не возбуждает аппетита: «Будто траву жуешь или резину, если не посмотреть,— не разберешь, что во рту...» Плохо ощущаются запахи, как приятные, так и неприятные, их оттенки не различаются.

Встречаются жалобы на снижение остроты или утрату кинестетических ощущений: «Ноги как ватные, плохо чувствую их... Руки онемели, как будто отлежал их...»

Иногда больные с беспокойством отмечают потерю ощущения движений своего тела: «Движения легкие, незаметные, будто суставы смазаны... Все делаю с какой-то необычной легкостью...» Нарушается восприятие положения частей тела: «Закрою глаза и теряю представление, как лежат руки, согнуты или вытянуты ноги, сжимаю кулак или нет... Не чувствую, в какую сторону повернула голову, лежу я или сижу...» Теряется ощущение веса предметов. Больные могут обратить внимание на чувство утраты или ослабления ощущений, исходящих изнутри: «Пусто в груди, животе, будто я полый... Внутри все замерло, затихло, точно там ничего нет...»

Анестезия — полная утрата чувствительности, в частности болевой, даже при значительных по силе раздражениях.

Качественные расстройства чувствительности

Сенестопатии — аморфные, в большинстве своем неприятные, сенсорно новые и необычные ощущения со стороны внутренних органов, для описания которых больные часто прибегают к сравнениям, метафорам, или аналгия. Локализация сенестопатий крайне изменчива, иногда носит мигрирующий характер. Они чрезвычайно разнообразны: человек может чувствовать жжение, давление, боли, распирание, перемещение жидкостей, натяжение и т. п. [Эглитис, 1977]. В отличие от соматических болей, которые всегда локализованы, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами и расположением органов, для сенестопатий характерно отсутствие такой предметности переживаний. В большинстве случаев появление сенестопатий сопровождается эмоциональным напряжением, тревогой, тягостным чувством неопределенной витальной угрозы.

В дошкольном возрасте (4–5 лет) впервые появляющиеся сенестопатии выступают в виде [псевдо]болевых ощущений преимущественно в животе и конечностях, и носят преходящий характер. В младшем школьном и препубертатном возрасте возникают более очерченные сенестопатические и сенесто-ипохондрические состояния [Обухов, Шустер, 2004].

Парестезии — более или менее элементарные кожные ощущения, возникающие без всякого внешнего раздражения: ползание мурашек, онемение, покалывание, жжение, пульсация, охлаждение, разогревание, боли в корнях волос, ощущение влажности кожи, движения по ней капель жидкости. Парестезии являются признаками заболеваний нервной системы, в том числе ее периферического отдела.

Извращение восприятия внешних раздражений, например: возникновение ощущения боли при холодовом или тепловом раздражении, ощущение большей величины ощупываемого предмета, ощущение множества предметов вместо одного, ощущение боли в другой зоне по отношению к месту укола, ощущение раздражения не в месте его нанесения, ощущение раздражения в симметричном участке с другой стороны, неадекватное восприятие различных раздражений.

Гиперпатия (от *греч.* hyper — над, сверх и pathos — страдание) по своей симптоматике и происхождению весьма напоминает гиперестезию, но отличается от нее тем, что здесь имеют место не количественные нарушения процессов ощущения, а их качественные

преобразования, то есть переход от собственной модальности обычного раздражителя к боли и другим неприятным ощущениям типа зуда, тяжести и т. п. Из-за этого гиперпатия иногда описывается как извращение чувствительности.

В норме соматическая сфера функционирует непроизвольно или автоматически, большинство физиологических процессов не сопровождается возникновением телесных ощущений. Наиболее частое проявление телесной гиперпатии — ощущение более сильных и/или более частых сердцебиений при объективно регистрируемой нормальной частоте сердечных сокращений, ощущение движения пищевого комка по пищеводу, каловых масс по толстой кишке. Более редкий вариант гиперпатии — обостренное восприятие ощущений, связанных с овуляцией и менструальным циклом [Крылов, 2006]. Иногда раздражения плохо локализуются больным, иррадиируют в другие зоны организма, отмечается длительное их последействие. Больные стараются уменьшать приток раздражителей — жмурятся, затыкают себе уши ватой, натягивают на голову одеяло, если лежат в постели, вздрагивают от ничтожного неожиданного звука или прикосновения, иногда сбрасывают с себя одежду, не перенося ее прикосновения к телу [Демьянов, 2004]. Проявления висцеральной гиперпатии наблюдаются при невротических расстройствах.

Контрольные вопросы

1. Что такое ощущение и какова классификация ощущений?
2. Характеризуйте количественные расстройства чувствительности.
3. Характеризуйте качественные расстройства чувствительности.

2.2. ВОСПРИЯТИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

В соответствии с самым распространенным определением, **восприятие** (перцепция) — это психический саморегулирующийся процесс отражения предметов и явлений действительности в совокупности их различных свойств и частей при непосредственном воздействии их на органы чувств. Результатом восприятия становятся два автономных или сочетанных феномена: 1) формирование субъективного *образа* (психической копии воспринимаемого объекта, их совокупности, пространства и временной последовательности событий, включая и мир в целом) впервые встречаемых предметов и явлений; 2) узнавание ранее знакомого объекта, что происходит как итог сопоставления реально воспринимаемого объекта с его идеальной моделью, которая хранится в долговременной памяти. Полноценное восприятие завершается категоризацией, то есть отнесением воспринятого к определенному классу объектов или явлений.

При этом восприятие не сводится к сумме отдельных ощущений, а представляет собой сложную систему процессов приема, переработки информации, качественно новую ступень чувственного познания. В то же время восприятие — это и форма ориентировки организма. Образ восприятия выступает как результат синтеза ощущений, возможность которого, по мнению А. Н. Леонтьева [2000], возникла в филогенезе в связи с переходом живых существ от гомогенной, предметно неоформленной среды к среде, предметно оформленной, дискретной.

Восприятие невозможно без участия двигательной активности, которая сама находится под его коррекцией и контролем, в итоге образуя цепи обратных связей (рефлекторные кольца). Благодаря им происходит настраивание восприятия на объект и обеспечиваются эффективные необходимые манипуляции (например, зрительное обследование контура невозможно без перемещения глаза — аккомодации, конвергенции и дивергенции, слежения,

в слуховом восприятии активную роль играют слабые движения артикуляционного аппарата и т. д.).

Формирование образа может обусловливаться как внутрианализаторными ассоциациями ощущений, так и межанализаторными в различных их комбинациях, но в любом акте восприятия обязательное участие принимают двигательные (кинестетические) ощущения.

В целом восприятие как психический феномен отражения характеризуется относительной яркостью и четкостью, проекцией субъективного образа в реальное пространство, отчуждением объекта восприятия и его образа от воспринимающего субъекта, а также невозможностью произвольного изменения образа [Бухановский, Кутявин, Литвак, 1998].

В соответствии с тем, какой анализатор играет в восприятии преобладающую роль, различают зрительное, слуховое, тактильное, кинестетическое, обонятельное и вкусовое восприятие, но возможен и другой тип классификации, основой которого являются формы существования материи. В соответствии с ней выделяют восприятие пространства (объема, формы, величины, удаленности), восприятие времени (последовательности, длительности, ориентировки во времени) и восприятие движения.

Восприятие также делят на два класса:

1. **Непроизвольное** может быть вызвано как выраженными особенностями окружающих предметов, так и случайным соответствием этих предметов интересам личности. В нем нет заранее поставленной цели и отсутствует волевая активность.

2. **Произвольное** восприятие исходно регулируется ранее возникшей задачей или ясной целью. Оно может быть включено в какую-либо деятельность, но может выступать и как самостоятельная деятельность, например наблюдение. Эта форма восприятия в достаточно законченной форме появляется в дошкольный период.

И в том и в другом случае речь фактически идет о внимании, которое реализуется через процессы восприятия. Предметы и явления, которые становятся центром перцептивного внимания, называются *объектами восприятия*, а все прочее — *фоном*.

Восприятие, как и любой другой психический процесс, обладает рядом свойств, существенные изменения которых могут составлять предпосылку патологии.

1. Целостность — в процессе восприятия отдельные качества предмета, информация о которых поступает через ощущения, интегрируются, обобщаются в единое системное целое (гештальт) — образ предмета или пространственной предметной ситуации. При этом возникает новое свойство — независимость образованного целого от качества составляющих его элементов. Степень отчетливости восприятия зависит от предвосхищения, которое всегда является функцией опыта, приобретаемого в результате перцептивной практики.

Несколько правил группировки частей в целое были впервые сформулированы одним из создателей школы гештальтпсихологии Максом Вертхеймером (1880–1943). Правило подобия: чем больше части картины похожи друг на друга по какому-либо зрительно воспринимаемому качеству, с тем большей вероятностью они будут восприниматься как расположенные вместе. В качестве группирующих свойств может выступать сходство по размеру, форме, по расположению частей. В единую целостную структуру объединяются также элементы с так называемой хорошей формой, то есть обладающие симметрией или периодичностью. Правило общей судьбы: множество элементов, движущихся с одинаковой скоростью и по одной траектории, воспринимается целостно — как единый движущийся объект. Это правило применимо и тогда, когда объекты неподвижны, но движется наблюдатель. Правило близости: в любом поле, содержащем несколько объектов, те из них, которые расположены наиболее близко друг к другу, визуально могут восприниматься целостно, как один объект.

2. Структурность — это предпосылка целостности восприятия, благодаря которой отдельные воздействующие стимулы объединяются в целостные и сравнительно простые структуры, обеспечивающие отождествление воспринимаемого. Различные объекты начинают узнаваться благодаря устойчивой структуре их признаков, вычленению взаимоотношений частей и сторон предмета. Например, при прослушивании музыки человек в принципе способен вычленить из нее отдельные звуки, ноты, тембры инструментов, но при обычных обстоятельствах все же воспринимает мелодию или ее законченный фрагмент целиком. В известном смысле структурность является производной от перехода сукцессивных (последовательных) перцептивных процессов в симультанные (одномоментные).

3. Константность — сохранение соответствия образа отражаемому объекту даже при изменении условий восприятия. Внешний мир находится в состоянии постоянного изменения. В частности, внешние объекты непрерывно меняются относительно воспринимающего субъекта, который сам подвержен возрастным и другим изменениям. Меняются и сигналы, поступающие на органы чувств. Это явление компенсируется активной работой перцептивной системы: многократное восприятие одних и тех же объектов при разных условиях позволяет выделить относительно постоянную (инвариантную) структуру отражаемого объекта — при восприятии объекта под разными углами, с разного расстояния, при разном освещении и т. п. он все равно идентифицируется как один и тот же. Кроме того, образ, формируемый в процессе отражения действительности, имеет высокую избыточность — некая совокупность компонентов образа содержит информацию не только о самой себе, но и о других компонентах и об образе в целом (например, таких не воспринимаемых в данный момент, как невидимая сторона предмета). Свойство константности, как и свойство целостности — это приобретаемый в течение жизни результат.

4. Предметность — свойство восприятия, которое тройственно трактуется в современной психологии. С одной стороны, оно выражается в разделении общего перцептивного пространства на четко очерченные, замкнутые, обособленные в пространстве и времени отдельные физические объекты. Наиболее ярко данное свойство проявляется в феномене выделения конкретной фигуры из относительно аморфного фона. Важную роль здесь играют ограниченность предмета в пространстве и контрастность ощущений, которую этот предмет вызывает. С другой стороны, предметность часто рассматривается как способность отражать объект через его более обобщенные характеристики, например через его функциональное назначение или через отнесение воспринимаемого к определенному классу. Перцептивный образ здесь выступает для человека не только как условная целостная фигура, наделенная сенсорными качествами, но как имеющая определенное предметное содержание. Предметность обычно обусловливается человеческим, общественно-историческим опытом. Ее формирование в онтогенезе связано с первыми практическими действиями ребенка, которые имеют предметный характер, направлены на внешние объекты и приспособлены к их особенностям, местоположению и форме. Это взаимодополняющие дефиниции предметности. С третьей стороны, встречаются и определения предметности восприятия как отнесенности всех получаемых с помощью органов чувств сведений о внешнем мире к самим предметам, а, например, не к раздражаемым рецепторным поверхностям или структурам мозга, участвующим в обработке сенсорной информации.

5. Обобщенность (категориальность) — это качество, являясь «сквозным», занимает особое место в перечне свойств перцептивного образа и в общей совокупности основных эмпирических характеристик психических процессов. Обобщенность перцептивного образа заключается в том, что отображаемый единичный объект-раздражитель, выступая в адекватном перцептивном образе во всей своей индивидуальной специфичности, вместе с тем

воспринимается в качестве представителя класса объектов, однородных с данным по каким-либо признакам. Эта отнесенность к классу получает свое объективное выражение в однородных исполнительных реакциях в ответ на действие разных экземпляров данного класса, а на специфически человеческом уровне — в однородных и адекватных словесных реакциях, обозначающих разные единичные представители данного класса одним и тем же словом [Веккер, 1998]. По мере расширения опыта восприятия образ, сохраняя свою индивидуальность и отнесенность к конкретному предмету, причисляется ко все большей совокупности предметов определенной категории. По мнению Р. М. Грановской [2010], обобщенность восприятия позволяет не только классифицировать и узнавать предметы и явления, но и предсказывать некоторые свойства, непосредственно не воспринимаемые.

Между всеми перечисленными характеристиками восприятия есть определенное функциональное сходство. И константность, и предметность, и целостность, и обобщенность придают образу важную черту — независимость в некоторых пределах от условий восприятия и искажений. В этом смысле константность — это независимость от физических условий восприятия, предметность — от того фона, на котором объект воспринимается, целостность — независимость целого от искажения и замены компонентов, составляющих это целое, и наконец, обобщенность — это независимость восприятия от тех искажений и изменений, которые не выводят объект за границы класса. Иными словами, обобщенность — это внутриклассовая константность, целостность — структурная, а предметность — семантическая константность [Грановская, 2010].

6. Осмысленность — воспринимаемое явление оценивается с точки зрения уже имеющихся знаний и опыта, что дает возможность включить новую информацию в систему ранее сформированных представлений. Для этого воспринимаемому объекту или явлению приписывается определенный смысл или сущность, они обозначаются словами, классифицируются, относятся к определенной понятийной категории, что невозможно без использования такой мыслительной операции, как обобщение. Феномен осмысленности хорошо заметен при толковании двусмысленных рисунков.

7. Избирательность проявляется в преимущественном выделении одних объектов по сравнению с другими. Она зависит не только от объективных свойств предметов, которые привлекают внимание (например, их яркости), но и от субъективных условий, которые присущи самому воспринимающему человеку, в частности от его апперцепции. При выполнении индивидом той или иной задачи избирательно воспринимаются такие признаки, которые в какой-то мере соответствуют содержанию этой задачи.

8. Апперцептивность выражает себя тем, что в процессе построения образа субъект использует не только актуально поступающую информацию, но и ту, которая хранится в памяти и представляет содержание прошлого перцептивного опыта, с учетом отношения субъекта к воспринимаемому, его мотивов и эмоций. Здесь реализовывается зависимость восприятия от содержания психической жизни человека и от особенностей его личности.

Каждое из перечисленных свойств может своеобразно нарушаться.

Расстройства восприятия могу возникать по разным причинам — как в результате психических заболеваний, так и в результате поражений коры головного мозга. К их числу обычно относят агнозии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, так называемые психосенсорные расстройства и иллюзии.

Агнозии являются следствием органического поражения некоторых участков коры больших полушарий мозга. Они разнообразны по характеру симптоматики и по выраженности своих проявлений, зависящих от локализации поражения и его масштабности. Качественная специфика агнозий обусловлена тем, центральная часть какой анализаторной системы

3 Зак. 4109

преимущественно затронута очагом поражения, то есть какая по модальности сенсорная информация (зрительная, слуховая, тактильная, кинестетическая) перестает интегрироваться в перцептивные образы. Для агнозий характерно то, что восприятие самих ощущений продолжает сохраняться, то есть больной видит, слышит и т. д., но на фоне относительно сохранного интеллекта либо не идентифицирует воспринимаемый объект, либо вообще не понимает, с чем имеет дело. В более легких случаях узнавание воспринимаемого объекта происходит, но латентный период между его предъявлением и опознанием заметно, в несколько раз, увеличивается по сравнению с нормой. Есть все основания считать, что одним из механизмов в формировании агнозий является снижение обобщающей функции восприятия.

Существенный вклад в разработку агнозий внес А. Р. Лурия [2000]. (Современное описание агнозий, опирающееся на зарубежные представления об их классификации, можно найти в работе И. М. Тонконогого и А. Пуанте «Клиническая психология» [2007].)

К симптоматике агнозий, возникших на почве поражения центрального отдела зрительного анализатора, относятся: неспособность узнавать некоторые реальные или нарисованные (по-разному зашумленные) предметы, в том числе буквы и цифры; различать оттенки цвета; узнавать знакомые лица или дифференцировать их по полу и возрасту; утрачивается способность ориентироваться в координатах и пространственных признаках внешней среды или делается невозможным формировать целостную «сюжетную» картину из многочисленных фрагментов, из которых она реально состоит [Кок, 1967].

Слуховой анализатор в функциональном отношении разделен на две подсистемы — речевой и неречевой слух, каждый из которых обрабатывается разными полушариями. Поэтому, в соответствии с традициями, поражения коркового представительства речевого слуха (обычно связанного с работой левого полушария) рассматриваются не как агнозии, а как предпосылки речевых расстройств (афазий). Слуховые агнозии, как правило, возникают при поражениях правого полушария и выражаются либо неспособностью понимать смысл и значение самых простых предметных звуков (льющейся воды, звона ключей и т. п.), либо утратой способности узнавать и воспроизводить ранее знакомые мелодии (это эффект называется амузией), либо неспособностью воспроизводить довольно простые ритмы (аритмия).

В силу полимодальности сигналов, обрабатываемых кожно-кинестетическим анализатором, симптоматика его поражения также довольно разнообразна. При преимущественных расстройствах тактильного синтеза больной неспособен с закрытыми глазами на ощупь узнать предмет, особенно трехмерный (астереогноз) или его отдельные качества — материал, из которого он сделан, характер поверхности и т. д., в ряде случаев появляется феномен дермолексии — не узнаются буквы, цифры и геометрические фигуры, рисуемые на коже, больной с закрытыми глазами не может назвать пальцы на руке, противоположной поврежденному полушарию мозга.

В качестве особой формы агнозии, также в значительной степени (но не только) имеющей отношении к патологии кожно-кинестетического анализатора, рассматриваются нарушения схемы тела (*соматоагнозия*).

Схема тела — это сложный образующийся в мозгу человека обобщенный образ расположения частей собственного тела в трехмерном пространстве и по отношению друг к другу, который возникает на основе восприятия кинестетических, болевых, тактильных, а также вестибулярных, зрительных и даже слуховых раздражений в сопоставлении со следами прошлого чувственного опыта. Это психофизиологический информационный аппарат, система субъективных знаний о собственном теле, образующаяся на основе восприятия себя через сенсорные каналы. В этой системе интегрируются 1) динамический образ тела, создаваемый текущей чувствительной информацией от перемещающихся органов

движения, и 2) статический образ тела (поза), приобретаемый при индивидуальном развитии путем обучения на основе долгосрочной памяти. В психологическом смысле понятие «схема тела» означает объемную модель собственного тела человека и его частей, с распределенной плотностью и чувствительностью.

Этот образ обеспечивает управление движениями, регулируемыми как сознательными, так и бессознательными рефлекторными механизмами. Во всех этих случаях необходимы ощущения начального положения тела и его частей и учет обратной кинестетической афферентации при их изменении.

В системе схемы тела формируются не только образы текущих, но и образы будущих движений. Поэтому схема тела, определяющая пространственные координаты и взаимоотношения отдельных частей тела, — исходное основание для реализации любой двигательной программы.

На физиологическом базисе системы схемы тела формируется личностная надстройка, с помощью которой образуются психологические и эстетические образы тела, несущие уже и оценочную функцию (красиво — некрасиво, плохо — хорошо и т. п.). Поэтому схему тела можно назвать *телесным Я-образом* личности [Налчаджян, 1988].

Предполагается, что у новорожденных схема тела еще отсутствует, хотя самая элементарная координация движений реализуется уже с рождения. Формирование схемы тела с возрастом происходит постепенно, преимущественно к 5–6 годам [Гурфинкель, Левик, 1979]. По мнению Н. И. Озерецкого [1941], автора известной шкалы моторной одаренности [Озерецкий, 1923], раньше в отношении правой половины тела (у правшей), а затем — левой.

К юношескому возрасту, когда физическое развитие в основном завершается и стабилизируется константность восприятия пространства вообще, схема тела становится относительно устойчивой подструктурой Я-концепции — более общих, сложных и порой противоречивых установочных представлений человека о себе самом. На физиологическом базисе схемы тела, как уже было сказано, формируется личностная надстройка. Это связано с такими психологическими процессами, как представление, воображение, мышление [Тхостов, 2002], а с феноменологической точки зрения, по словам К. Ясперса, опыт переживания собственного тела тесно связан с опытом чувств, влечений и сознания Я [Ясперс, 1997].

При углублении осознания себя все большая роль начинает принадлежать эмоциональной системе, которая придает сенсорному образу тела определенный эмоциональный тон, а психологическому — эмоционально-социальную оценку.

Соматоагнозия может проявляться в виде неосознания расположения частей собственного тела (больной с закрытыми глазами не может описать позу, которую придал ему экспериментатор, — *аутотопагнозия*), в недооценке тяжести имеющегося у него дефекта (например, больной утверждает, что свободно владеет парализованной рукой, — *анозогнозия*). К нарушениям схемы тела относится также потеря ориентации в правой и левой сторонах тела, ощущение наличия дополнительных (ложных) конечностей. Могут возникать патологические ощущения изменения величины и формы тела (*аутометаморфопсия*). Эти ощущения нередко сопровождаются развитием чувств страха и тревоги, которые исчезают при привлечении компенсаторного зрительного контроля.

Истинные агнозии следует отличать от псевдоагнозий.

Псевдоагнозии являются результатом нарушения мотивационного компонента восприятия, то есть личностного к нему отношения, смысловой его стороны, что часто наблюдается при поражениях лобных долей, ответственных за формирование целей поведения и произвольных волевых усилий по их достижению. Нарушение направленности поведения, аспонтанность и утрата «пристрастности» восприятия сопровождаются выхватыванием из

воспринимаемого случайных второстепенных деталей, попыток их интерпретации, не связываемых в единое целое (например, в заданиях понять смысл серии картинок либо объяснить одну сюжетную картинку, требующую выявления отношений между своими фрагментами). Перцептивное внимание больного при этом может направляться не на сюжетно значимые детали, а на несущественные, которые его случайно привлекают, например яркие цвета. Собственно восприятие при этом почти не страдает, а известная направляющая помощь экспериментатора иногда позволяет добиться от испытуемого правильного ответа. Псевдоагнозии, помимо локальных органических поражений лобных долей мозга, могут встречаться при деменциях (на фоне интеллектуально-мнестического снижения), а также при психических расстройствах, важнейшим элементом которых становятся личностные изменения, проецируемые в том числе и в мотивационную сферу (шизофрения, эпилепсия).

Галлюцинации — один из видов нарушения восприятия, при котором возникающие и вынесенные вовне образы и представления не имеют под собой реального внешнего раздражителя («восприятие без объекта»). Благодаря своей интенсивности, чувственности и конкретности пространственно-временного расположения они становятся для больного неотличимыми от реальности.

Причины галлюцинаций многообразны — психические заболевания, отравления, высокая температура тела, переутомление, органические заболевания мозга, фанатизм и т. д., но все их объединяют нарушения в работе центральной нервной системы. Конкретные механизмы возникновения галлюцинаций слабо изучены, но считается, что в их структуре всегда присутствуют два нарушенных компонента — само восприятие и суждение о воспринимаемом.

Выдающийся отечественный психиатр Василий Алексеевич Гиляровский (1876–1959) [1954] указывал, что галлюцинаторные расстройства не являются чем-то оторванным от внутреннего мира пациента, в них находят свое отражение различные нарушения психической деятельности, личностные качества и динамика болезни в целом. Галлюцинаторные образы имеют ту особенность, что они не представляют чего-либо нового в сознании, а являют собой лишь воспроизведение следов ранее возникавших ощущений, то есть следов, извлекаемых из долговременной памяти. Это обстоятельство не исключает того, что возникающие образы могут отличаться от действительных и образовывать самые причудливые сочетания, комбинации из различных ранее пережитых ощущений, что создает для больного впечатление их новизны.

Существуют различные способы классификации галлюцинаций, самые распространенные из которых — это их деление в зависимости от принадлежности к анализатору (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые), деление на истинные и ложные, а также деление по принципу «простота—сложность».

Зрительные галлюцинации характерны тем, что образ располагается в воспринимаемом пространстве, ассимилируясь с ним. Это могут быть как относительно простые феномены (вспышки света, блестки, туман, пятна, полосы, точки и т. п.), так и законченные сложные образы, имеющие предметное содержание (люди, животные, демономанические, мифологические, сказочные персонажи, мнимые предметы, пейзажи, сценоподобные, сюжетные, разворачивающиеся во времени картины — поле боя и т. п.). Иногда больной что-то «видит» позади себя, вне поля зрения. Зрительные галлюцинации также часто содержат элементы символики.

Простые слуховые галлюцинации представлены неречевыми отдельными звуками — шорохами, шумами, вздохами, шагами, либо более осмысленными звуками типа работающего мотора, шума прибоя, комариного писка и т. д., либо музыкальными или ритмическими образами.

Вербальные галлюцинации являются разновидностью слуховых и несут в себе фонематическую составляющую. Обычно отличаются меньшей яркостью (нечеткие, неразборчивые голоса) по сравнению со зрительными, а отношение к ним менее критично, благодаря чему они часто сочетаются с бредом. Слышимые голоса по отношению к больному могут быть разными — некоторые враждебны, другие доброжелательны или носят нейтрально комментирующий характер, распространены случаи так называемых императивных вербальных галлюцинаций, повелевающих, приказывающих совершать антисоциальные или опасные (вплоть до убийства или самоубийства) поступки. Иногда они имеют отношение к поведению других лиц, носят характер диалога. Больной всегда хорошо различает локализацию голосов в пространстве — из-под земли, из космоса, из-за стены, от знакомых или случайных прохожих и т. д.

Истинные слуховые галлюцинации, вследствие их связи с мыслительными процессами, отражают более высокий уровень поражения, чем все остальные галлюцинации. Если зрительные галлюцинации больше ограничены сферой представлений и изменениями сознания, то слуховые галлюцинации часто протекают на фоне формально сохранного сознания, как, например, при шизофрении.

Тактильные галлюцинации — мнимые ощущения прикосновения, дотрагивания, ползания, давления, локализуемые на поверхности тела, внутри кожи или под нею — отчетливое ощущение резкого прикосновения, схватывания, ощущение появления влаги на коже, ощущение температурного воздействия на поверхность тела, больному может казаться, будто его кусают, щекочут, царапают, возможны мнимые ощущения непристойных манипуляций с половыми органами и др.

Обонятельные галлюцинации обычно характеризуются крайне неприятным, тягостным содержанием мнимых запахов (трупный запах, дыма, газа, нечистот, гниения, и т. п.), реже приятных или вообще не знакомых по прошлому опыту. Один и тот же запах устойчиво повторяется в различных реальных ситуациях. Проекция воспринимаемых мнимых запахов различна. Запахи могут исходить от окружающих или самого больного, от внутренних органов. Появлению этих галлюцинаций предшествует повышенная чувствительность к запахам. При обонятельных галлюцинациях больной ведет себя соответствующе — у него наблюдается мимика отвращения или тревоги, он принюхивается, оглядывается, закрывает нос платком. Обонятельные галлюцинации нередко ассоциируются с бредовыми идеями (например, с бредом отравления). Обонятельные галлюцинации часто оказываются первым признаком опухоли одной из височных долей (чаще правой).

Вкусовые галлюцинации обычно сосуществуют с обонятельными либо появляются позже их: пища приобретает отвратительный вкус или возникают затруднения с описанием вкусового обмана. Больной отказывается от еды.

Висцеральные галлюцинации — это такие нарушения интерорецепции, которые оформляются в очерченные предметные восприятия, переживаемые как живые существа или какие-то неодушевленные предметы, находящиеся обычно внутри тела. Такие галлюцинации часто сочетаются с идеями одержимости, воздействия, преследования и другими видами бреда.

В отличие от описанных выше истинных галлюцинаций, когда больной не отличает их от реальных предметов, существуют **псевдогаллюцинации** (впервые описаны Виктором Хрисанфовичем Кандинским (1849–1889) [2001]), напоминающие представления, которые больной считает особыми, неестественными, кем-то «сделанными». Больной убежденно говорит, что ему «показывают» картины, звучащие мысли попадают в голову «с помощью транзисторов», и т. п. Из-за этого псевдогаллюцинации часто сочетаются с бредом воздействия.

В большинстве случаев псевдогаллюцинаторные образы проецируются внутри тела больного, главным образом в голове, но если даже в редких случаях они возникают и вне ее, то лишены характера объективной реальности, свойственной истинным галлюцинациям, и совершенно не связаны с реальной обстановкой. В соответствии с одним из критериев, больные с истинными галлюцинациями уверены, что и окружающие испытывают те же переживания, в то время как больные с псевдогаллюцинациями считают свои переживания сугубо личными.

Выявление галлюцинаций у детей представляет значительные трудности, так как, во-первых, дети часто отождествляют их со сновидениями, а во-вторых, галлюцинации у детей трудноотличимы от эйдетических образных представлений (см. ниже). Чем младше ребенок, тем чаще у него преобладают зрительные и тактильные галлюцинации. Все галлюцинации у младших детей носят нестойкий характер, возникают или усиливаются на фоне тревоги и страха, расстройств сознания, при ослаблении которых могут исчезнуть.

Следует иметь в виду, что под влиянием различных факторов галлюцинации могут возникать и у психически здоровых людей (внушенные в гипнозе, при воздействии некоторых токсических веществ, на пике высокой температуры при ряде соматических или инфекционных заболеваний, при патологии органов зрения и слуха, в условиях жесткой сенсорной депривации и т. п.).

Особое место среди феноменов восприятия занимают **эйдетические образы** — необыкновенно яркие, детализированные (зрительные, слуховые, кинестетические, вкусовые и другие) представления объекта или композиций, спонтанно возникающие или вызываемые сразу после прекращения актуального восприятия, а иногда по прошествии даже лет, отличающиеся «фотографической точностью» и порой эмоциональным сопровождением. У ряда эйдетиков возникающие представления имеют очень высокую степень стойкости и не пропадают даже после длительной посторонней стимуляции, иногда приобретая характер навязчивости. Другие эйдетики оказываются способными к произвольному пробуждению эйдетических представлений и сознательному вмешательству в развертывание этих представлений. Эйдетические феномены не следует путать с галлюцинациями, поскольку при первых отсутствует чувство насильственности, нет расстройств мышления и продолжает сохраняться критика к воспринимаемому. Это явление необычное, но не болезненное. Эйдетизм характерен для части детей младшего и подросткового возраста, а у взрослых встречается редко, как правило, у людей художественного склада — композиторов, художников, писателей, артистов.

Психосенсорные расстройства — этим понятием объединяются различные по своей структуре искажения (извращения) сложных восприятий вследствие нарушений сенсорного синтеза при сохранности ощущений, идущих от органов чувств. Они могут возникать как у психически нормальных людей, но находящихся под воздействием патогенного фактора, например интоксикации, так и при психических заболеваниях (эпилепсии, шизофрении), при органических заболеваниях мозга. При психосенсорных расстройствах на первый план выступает искаженное восприятие метрических, пространственных (форма, размер, локализация) качеств объектов при общем их узнавании и сохранении критического отношения к ним, а также различные расстройства восприятия и оценки времени.

К подобным расстройствам относится, в частности, *метаморфопсия* — искажение формы и величины окружающих предметов, которые могут казаться уменьшенными, увеличенными (курильщик гашиша может воспринять окурок, лежащий перед ним, имеющим размеры бревна, и высоко поднимает ногу, чтобы перешагнуть через него, — В. И. Гиницинский [1997]), искаженными (объекты «перекручены», «изломаны», «скошены»),

приближенными или удаленными. Иногда к метаморфопсиям относят и умножение числа воспринимаемых объектов.

Этот феномен часто рассматривается как составная часть более сложного, системного психосенсорного расстройства — *дереализации* (аллопсихической деперсонализации), выражающегося в тягостном чувстве нереальности, призрачности, чуждости больному окружающего мира. Внешний мир воспринимается отдаленным, ненастоящим, неотчетливым, застывшим, бесцветным, силуэтным, безжизненным [Снежневский, 1985; Носачев, Баранов, 2006]. Все окружающее воспринимается как изменившееся, другое, «нарисованное», как бы во сне, выглядит декорацией, сценой, на которой люди разыгрывают придуманные роли. В силу вовлеченности здесь более высоких уровней отражения реальности, указанная симптоматика обоснованно трактуется и как один из основных вариантов расстройств самосознания (см. ниже).

Распространенной разновидностью дереализации являются симптомы «уже виденного» (deja vu) и «никогда не виденного» (jamais vu). Первый заключается в том, что больной, попавший в незнакомую обстановку, внезапно ощущает уверенность в том, что окружающее он видел раньше, ему знакомы окружающие предметы, незнакомые люди начинают восприниматься как знакомые, он знает последовательность событий и переживаний, которые будут происходить. Обратное восприятие наблюдается при симптоме «никогда не виденного». Больной начинает воспринимать привычную обстановку (например, собственную квартиру) как совершенно неизвестную. Эти расстройства, помимо перцептивных компонентов, также включают в себя нарушения памяти и сознания и сопровождаются ощущениями замедленного или необычайно ускоренного течения времени.

Сами **расстройства оценки времени** также многообразны и сочетаются с изменением восприятия реального мира. Время может субъективно:

- останавливаться — весь мир кажется обездвиженным;
- замедляться, и также замедляются перемещения объектов, движения людей и их мимика;
- ускоряться — время переживается более быстротекущим, чем в прошлых восприятиях больного, измененным воспринимается все окружающее, люди — «суетливыми и быстро двигающимися», больной хуже чувствует свое тело, грубо ошибается в определении длительности только что пережитого состояния;
- растягиваться — неподвижные предметы могут показаться двигающимися, «живыми», плоское — объемным;
- утрачиваться — ощущение, раскрываемое больным в выражениях: «времени нет... освободился от гнета времени», изменяется восприятие окружающего: предметы и люди кажутся более контрастными, собственное эмоциональное состояние — более приятным;
- течь обратно — в послеприступных самоописаниях больные говорят: «Время течет вниз», «Время идет в обратном направлении», «Я иду назад во времени»;
- ритмически повторяться — ситуация уже исчезла как реальность, но она мелькает в сознании больного вновь и вновь, будто она еще есть в настоящем времени и пространстве.

Встречаются ошибки оценки давности событий; секунды назад состоявшиеся события кажутся бывшими «давным-давно» [Брагина, Доброхотова, 1988].

Системные искажения восприятия собственных психических процессов и собственного тела называются **деперсонализацией.** Если у больного регистрируются изменения своего психического Я, говорят об *аутопсихической деперсонализации*. При изменении восприятия телесного облика говорят о *соматической деперсонализации*. Данные явления также относятся и к разряду расстройств самосознания.

В первом случае деперсонализация проявляется в виде недостаточной отчетливости восприятия больным процессов мышления, памяти, чувств, собственно восприятия, личности. Движения, хотя они и совершаются свободно, тоже как бы чужие. Чувство измененности восприятия при деперсонализации носит целостный характер и сопровождается обычно мучительным сопоставлением отражения себя в данный момент с воспоминаниями о прежнем восприятии. Пациент сравнивает свое состояние с пребыванием во сне, говорит, что стал роботом, автоматом, плохо контролирующим тонкие и ранее привычные движения [Меграбян, 1962], возникает ощущение «подыгрывания в спектакле», дистанцированности и искусственности того, что происходит с личностью. Сознание может переместиться за пределы тела, когда оно воспринимается субъектом как бы со стороны, или раздвоиться, давая одновременное восприятие изнутри и снаружи. Иногда пациент ощущает себя в двух разных местах одновременно [Попов, Вид, 2002]. Все это происходит на фоне сохранности сенсорных процессов, способности к эмоциональному реагированию и понимания неестественной природы этого явления. При этом больной, как правило, за исключением особого бредового синдрома, также понимает, что переживаемые изменения не вызваны другими лицами или силами.

Для проявления деперсонализации характерна и утрата эмоционального компонента психических процессов. Это относится не только к классическим симптомам психической анестезии: потере чувств к близким, отсутствию эмоционального восприятия окружающей обстановки, природы, произведений искусства и т. д., но и к деперсонализации мышления, памяти, соматопсихической деперсонализации. У таких больных мысли проходят, не оставляя следа; нет ощущения их оконченности, поскольку они идут без эмоционального сопровождения, они безлики; память не нарушена, но нет ощущения узнавания; прежние переживания, образы, мысли тусклы, как бы стерты, поэтому кажется, что в памяти ничего нет [Нуллер, 1981].

В случае соматической деперсонализации (аутометаморфопсии) происходит нарушение схемы тела.

В клинике описываются различные варианты нарушения схемы тела: синдром искаженного восприятия, ощущения своего тела, его величины, формы, веса, положения в пространстве, состояния покоя или движения. Причем возможно искаженное ощущение как образа всего тела, так и его частей, например субъективно увеличивается или уменьшается одна из конечностей, она приобретает необычную форму, возникает фантом ампутированной конечности, увеличивается число конечностей, больной пытается найти конечность там, где ее нет, ощущает, что конечность отделилась от тела, путает правую и левую стороны тела, игнорирует (упускает из внимания) одну из половин тела, все тело представляется чрезмерно легким или тяжелым, спина и грудь меняются местами, больной в эксперименте с закрытыми глазами не в состоянии определить расположение частей собственного тела в пространстве (*аутотопагнозия*). Ощущение увеличения или уменьшения величины тела или его частей исчезает при зрительном контроле. Нарушение схемы тела может возникать в момент засыпания или пробуждения, иногда при определенном положении тела. Появление расстройств схемы тела нередко сопровождается развитием чувства страха, тревоги. Многие больные способны изображать нарушения «схемы тела» в рисунках и картинах.

Своеобразные расстройства схемы, заключающиеся в игнорировании левой его половины, характерны для некоторых локальных повреждений правого полушария.

По данным В. М. Башиной [1978] и И. В. Макарова [2006], деперсонализация может возникать у детей с трех лет в структуре ранней детской шизофрении как проявление неглубокого аффективного и неврозоподобного уровней реагирования и при синдроме Каннера (ранний детский аутизм). У детей до семи лет еще не установившиеся категории самосознания легко нарушаются, но их диагностика затруднена из-за сложности отражения в словесном отчете ребенка.

Предложенная В. М. Башиной [1978] типология деперсонализационных феноменов у детей включает следующие психические проявления:

1. Самая легкая степень изменения самосознания, когда дети спрашивали, кто они, почему «я — это я», но знали при этом собственное имя. Нарушения были эпизодическими и легко исчезали.

2. Нарушение сознания Я с заменой его иным Я, но без раздвоения самосознания. Ребенок просил называть его другим именем, отказываясь от собственного.

3. Раздвоение сознания Я — явление, близкое к феномену двойника. Ребенок ощущал присутствие своего «второго» Я рядом, не боялся его, мог просить принести пищу «на двоих».

4. Деперсонализация в структуре патологических игровых перевоплощений ребенка в различные одушевленные существа или неодушевленные предметы (содержание данного пункта дискуссионно из-за отсутствия критического отношения больного к происходящему).

5. Дереализация с ощущением туманности и неясности при восприятии окружающего.

6. Утрата сознания своего пола.

7. Феномены отчуждения действий, когда больной утрачивал уверенность в совершении им тех или иных действий.

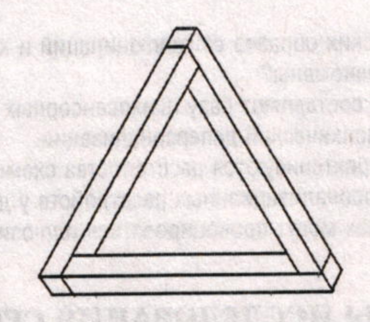
8. Нарушения восприятия физической целостности. В этом случае ребенок воспринимает свои части тела как «плохие» или не принадлежащие ему.

9. Депрессивная утрата сознания Я. У ребенка на фоне депрессивной симптоматики отмечается утрата сознания возраста, времени, своего Я, своих чувств.

10. Полная утрата сознания Я. В этом случае у детей наблюдается отказ от использования личных местоимений.

11. Деперсонализация при синдроме Каннера. При этом у больных отмечается нарушение становления самосознания в рудиментарной форме, когда они говорят о себе во втором или третьем лице.

Иллюзии — ошибочное, ложное восприятие *реально* существующих в данный момент предметов и явлений. При этом понимание образов не всегда соответствует действительности и может иметь другой смысл. Иллюзии могут возникать и на почве противоречия признаков перспективы, глубины, формы и величины воспринимаемых объектов.



Иллюзии представляют собой по преимуществу неосознанное и с трудом поддающееся произвольной коррекции явление. Существуют разные подходы к классификации иллюзий, например по характеру отнесенности к той или иной анализаторной системе, по механизмам, лежащим в их основе, — физические (миражи, преломление предметов на границе двух сред), физиологические (ощущение движения окружающих предметов после остановки поезда), психические и т. п.

Чаще других описываются зрительные иллюзии, вызванные выраженными колебаниями настроения, экстазом, повышенным аффективным фоном (куст в темноте принимается за притаившегося человека) и парейдолические иллюзии — случаи, при которых возникающий, как правило, причудливый, сказочный, фантастический образ начинает формироваться на почве комбинаторного восприятия контуров, линий, форм, цвета, рельефа какого-то объекта (трещин на стене, узора на ковре, проплывающих облаков и т. п.) [Артамонов, 1969; Рыбальский, 1983]. Темнота, вечернее время, желание спать усиливают частоту возникновения зрительных иллюзий и усложняют их сюжет. Часто в качестве самостоятельных выделяют вербальные иллюзии, которые заключаются в ложном восприятии содержания реально происходящих разговоров окружающих: человеку кажется, что эти разговоры содержат намеки на какие-то неблаговидные поступки, издевательства, скрытые угрозы по его адресу, что сближает эти иллюзии с бредом отношения. Отличие вербальных иллюзий от последнего заключается в том, что при бреде отношения пациент слышит и пересказывает речь окружающих правильно, но понимает ее иначе, а при иллюзиях речь исходно воспринимается неверно.

Иллюзии — широко распространенное явление среди здоровых людей, в том числе и среди детей, особенно вследствие усталости, истощения, подозрительного отношения к окружающему или страха, но они могут встречаться и как следствие психического расстройства или органического поражения головного мозга. Провести границу между некоторыми психосенсорными расстройствами и иллюзиями бывает затруднительным в силу их содержательной близости.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение процессу восприятия.
2. Характеризуйте основные свойства восприятия.
3. В чем отличие агнозий от сенсорных расстройств?
4. Что такое схема тела?
5. Какова отличительная черта псевдоагнозий?
6. Дайте определение галлюцинациий и опишите их особенности в соответствии с классификацией по модальности анализаторных систем.
7. В чем отличие псевдогаллюцинаций от истинных галлюцинаций и кому приндадлежит их выделение?
8. В чем отличие эйдетических образов от галлюцинаций и каким категориям лиц свойственны эйдетические феномены?
9. Какие признаки исходно составляют базу психосенсорных расстройств?
10. Опишите признаки аутопсихической деперсонализации.
11. Какой симптоматикой характеризуются расстройства схемы тела?
12. В чем особенность деперсонализационных расстройств у детей?
13. При каких обстоятельствах могут провоцироваться иллюзии?

2.3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕНСОРНЫХ И ГНОСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Исследования сенсорных процессов, несмотря на то что с их изучения и начинались экспериментальная психология и психофизика (зарождение последней связано с именами таких известных немецких ученых XIX в., как Густав Теодор Фехнер и Эрнст Генрих Вебер), в настоящее время редко становятся специальной деятельностью патопсихолога, смещаясь

в плоскость некоторых разделов медицины. Актуальность подобной задачи возрастает в том случае, если объектом исследования становится ребенок, попавший в сферу интересов специальной психологии (например, по причине неуспеваемости в школе или при подозрении на проблемы с умственным развитием), либо в тех случаях, когда черепно-мозговые травмы или какие-либо патологические органические процессы локально затрагивают те участки коры больших полушарий мозга, которые несут функциональную ответственность за исполнение процессов ощущения и восприятия (узнавания) [см., например: Лурия, 2000; Шипицина, Мамайчук, 2001].

Субъективный аспект сенсорных и психосенсорных расстройств легко устанавливается на основе жалоб больного, которые он предъявляет врачу во время клинической беседы, а сам факт таких проблем может быть зарегистрирован патопсихологом по материалам истории болезни и сведений, почерпнутых из документации соответствующих специалистов (офтальмолога, сурдолога, невропатолога и др.).

В значительной части случаев суждение о состоянии анализаторных систем и их функционировании выстраивается на сочетании двух источников информации — соответствующих жалобах испытуемого (собираемых с помощью беседы или клинического интервью) и аппаратурных исследованиях, традиционно описываемых в экспериментальной психологии и психофизиологии. В самом общем случае предметом исследования становятся абсолютные и различительные (дифференциальные) пороги чувствительности соответствующего анализатора [Фресс, Пиаже, 1966]. Для конкретных анализаторных систем разработаны и специализированные методы исследования, учитывающие специфику реализации данного вида ощущений.

Например, в отношении зрительного анализатора целесообразно учитывать четыре группы характеристик: энергетические (диапазон воспринимаемых яркостей, контрастность, слепящая яркость, относительная видность), информационные (пропускная способность), пространственные (острота зрения, поля зрения, объем восприятия) и временные (латентный период реакции, длительность инерции ощущения, критическая частота мельканий, время адаптации, длительность информационного поиска) [Ломов (ред.), 1977; Александров (ред.), 1997]. Совокупность этих характеристик и их числовые значения определяют видимость объекта. Важную роль в оценке отклонений в ощущениях играет и характеристика цветовосприятия.

Широко распространенными приемами в офтальмологии являются:

- оценка остроты зрения с помощью таблиц Д. А. Сивцева (1875–1940) [Головин, Сивцев, 1927], иногда предъявляемых на экранах мониторов с высоким разрешением (для исследования детей используются таблицы Е. М. Орловой);
- исследования полей зрения с помощью проекционного периметра Ферстера или его современных аналогов;
- исследования особенностей цветовосприятия с помощью полихроматических таблиц Е. Б. Рабкина [1971] или с помощью аномалоскопа.

Для слухового анализатора это абсолютный и дифференциальный пороги для разных частотных параметров звука (высоты звука), длительность звукового раздражителя, способного вызвать ощущение, дифференцировка двух звуков по высоте и интенсивности, оценка расстояния до источника звука и его расположение в пространстве при моноуральном и бинауральном прослушивании [Фресс, Пиаже, 1978; Вартанян, 1981]. Исследование большинства указанных параметров осуществляется при помощи аудиометров, различающихся функциональными возможностями и возможностями управления. Кроме того, в отоларингологии и сурдологии используются такие аппаратурные приемы исследования

слухового анализатора, как акустическая импедансометрия (измерении акустического сопротивления или акустической податливости звукопроводящих структур периферической части слухового анализатора), регистрация слуховых вызванных потенциалов (компьютерная аудиометрия), отоакустическая эмиссия (регистрация с помощью чувствительного микрофона, введенного в слуховой проход ответного звукового сигнала через несколько миллисекунд после звукового стимула) и некоторые другие исследовательские приемы, включая функциональную диагностику.

Для кожно-кинестетического анализатора тактильная чувствительность характеризуется тремя взаимосвязанными пороговыми величинами [Веккер, 1998]: порогом интенсивности (абсолютным и относительным, измеряемыми по методу Фрея, с помощью набора калибрированных волосков различного диаметра, производящих давление на точку кожи), пространственным (минимальным ощущением раздельности прикосновений, которое исчисляется в миллиметрах расстояния между двумя одновременно прикасающимися ножками циркуля) и временным порогами (определяется различением раздельности последовательно сменяющих друг друга прикосновений к одному и тому же месту кожи) тактильного различения. Полный анализ функционирования кожно-кинестетического анализатора осложняется тем, что в перечень видов чувствительности, обслуживаемых им, входят также подчиняющиеся своим закономерностям развития и расстройств температурная, болевая, вибрационная, а также стоящая особняком кинестетическая, теснейшим образом связанная с двигательными функциями [Лурия, 2000].

В нейропсихологии, которая традиционно занимается исследованием расстройств перцептивных и гностических функций, разработаны десятки методов и проб с их качественной и количественной оценкой [см.: Лурия, 2000; Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997; Глозман, 1999; Бизюк, 2005; Семаго, Семаго, 2005; Егоров, 2006]. Психологический анализ исполнения многих из них показывает, что реальный механизм достижения испытуемым цели, сформулированной в инструкции, предполагает привлечение не только провозглашаемого психического процеса (в данном случае восприятия), но и целого ряда сопутствующих или производных — моторики, мышления, внимания, мнестических функций и др., что весьма затрудняет отнесение конкретной методики к группе чисто перцептивных, равно как и в обратном отношении. Очевидно, что расстройства соответствующих функций будут в патопсихологическом эксперименте сказываться и на характере деятельности в процессе пробы, и на итоговом ее результате. В то же время работа с любой психодиагностической методикой и с любым стимульным материалом в качестве обязательных включает в себя и перцептивные процессы. **Поэтому часть методик, широко применяемых для оценки разных сторон восприятия, рассматривается нами в других отделах, но со специальными ссылками на их потенциальные возможности в данной сфере.**

К числу конкретных и достаточно распространенных методов исследования гностических расстройств относятся следующие.

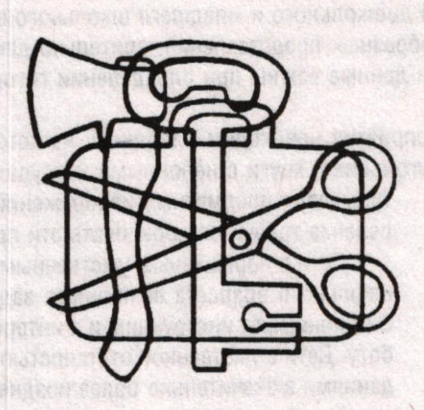
НАЛОЖЕННЫЕ ФИГУРЫ Вальтера Поппельрейтера (Walther Poppelreuter, 1886–1939) [Poppelreuter, 1917–1918; цит. по: Лурия, 2000; Кок, 1967].

Представляют собой контурные наложенные изображения, требующие специальных перцептивных усилий (и в том числе усилий со стороны общего и зрительного внимания) для выделения объекта из фона и его узнавания. Фоном служат другие контурные изображения, становящиеся для больного шумом. Эта проба предлагается больному в том случае, если он достаточно успешно справляется с опознанием реальных объектов и реальных полутоновых или даже полноцветных реальных изображений заведомо знакомых предметов. Ее интерпретация осуществляется на качественном уровне — изображенные объекты

опознаются или не опознаются, либо их опознание требует намного больше времени по сравнению с условной нормой, либо в опознание вплетаются побочные ассоциации, либо опознание происходит, но носит неполный (например, категориальный) характер.

Существует несколько версий указанных фигур.

Пример:

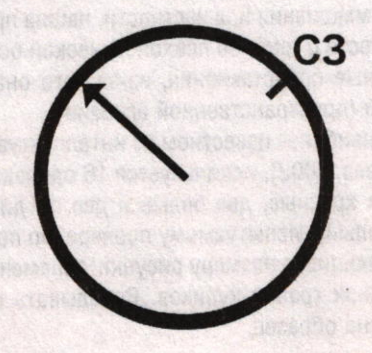


Слабые результаты на узнавание фигур Поппельрейтера являются признаком предметной зрительной агнозии.

Помимо наложенных фигур, для обнаружения проблем зрительного восприятия и узнавания в других методиках также широко используются многочисленные варианты зашумления стимульных образов, их необычный поворот в пространстве листа, ограничение времени предъявления, недорисовывание значимых деталей и т. п.

МЕТОДИКА «КОМПАСЫ» (автор неизвестен) [Кудряшова (ред.), 1992; Бодров (ред.), 2003].

Методика предназначена не только для характеристики пространственного гнозиса, но и для оценки пространственных представлений и даже пространственного и (косвенно) логического мышления. Представляет собой несколько десятков схематичных изображений так называемых «слепых» компасов, на которых отсутствуют традиционные обозначения сторон света (кроме одной, которая, как правило, смещена со своего обычного положения). На компасе имеется стрелка, которая показывает одно из восьми (С, Ю, В, З, С-В, С-З, Ю-В, Ю-З) направлений, которое испытуемый и должен определить с учетом смещения системы координат. Поворачивать бланк с изображениями компасов во время эксперимента нельзя.



Систематические ошибки в работе со стимульным материалом (при исключении других возможных их причин) являются признаком зрительной пространственной агнозии.

МЕТОДИКА Т. Н. ГОЛОВИНОЙ [Головина, 1974; Энциклопедия…, 1997; Забрамная, 2005; Столяренко, 2005].

Методика предназначена для исследования способностей к целостному восприятию формы предметов у детей дошкольного и младшего школьного возраста, для оценки степени развития наглядно-образных представлений, зрительно-двигательной координации, графических навыков. Эти данные важны при определении готовности ребенка к школьному обучению.

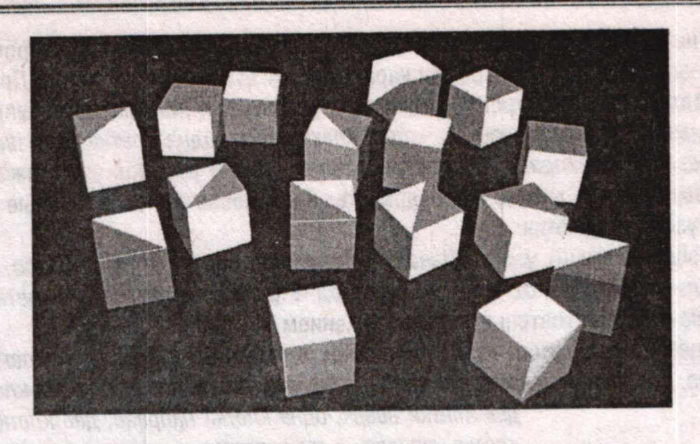
Для исследования восприятия необходимы таблицы, на которых изображены геометрические фигуры — треугольники, круги с неполными контурами и незаконченные контуры двух предметных изображений — бабочки и жука. От ребенка требуется дорисовать эти предметы.

Дети с нормальным умственным развитием старшего дошкольного возраста выполняют задания без особого труда. Они понимают инструкцию и с интересом принимаются за работу. Дети с умственной отсталостью справляются с этими заданиями в значительно более позднем возрасте. Наибольшие трудности возникают у них при необходимости дорисовать круг. Они замыкают контур, не производя при этом необходимых кругообразных движений, поэтому площадь «дорисованной» фигуры оказывается, как правило, уменьшенной. При дорисовывании треугольников умственно отсталые дети изменяют их площадь и форму, причем имеют место случаи распространения принципа дополнения трех верхних треугольников на нижний ряд подобных фигур; дети забывают, что все треугольники одного размера. При дорисовывании предметов изображений (бабочки, жука) эти дети испытывают трудности в понимании принципов работы, допускают выраженную асимметрию и несоответствие заданному изображению, резкое увеличение или уменьшение дополняемой части, искажение формы. Помощь оказывается малоэффективной.

Дети с задержкой психического развития понимают задание, однако многим нужна организующая и разъяснительная помощь.

МЕТОДИКА «КУБИКИ КОСА» (Samuel Calmin Kohs, 1890–1984) [Kohs, 1920; Бурлачук, Морозов, 1999]. Методика изначально разрабатывалась для диагностики наглядно-действенного и конструктивного мышления и, в частности, нашла применение для констатации конструктивной апраксии. Вместе с тем в ее психологической основе лежат пространственный гнозис и пространственные представления, из-за чего она вполне применима и для оценки данной составляющей (пространственной агнозии).

В стандартном варианте, наиболее известном из интеллектуальной батареи Дэвида Векслера [Филимоненко, Тимофеев, 2002], используется 16 одинаково раскрашенных кубиков (две противоположные грани красные, две белые и две по диагонали разделены на два треугольника — красный и белый). Испытуемому поочередно показывают усложняющиеся по конфигурации и увеличивающиеся размеру рисунки-орнаменты (узоры), которые должны быть составлены из верхних граней кубиков. Складывать орнаменты необходимо на столе, не накладывая кубики на образец.



При выкладывании сложных узоров испытуемый должен расчленить оптически однородные части узора на составляющие их пространственные элементы. При несовпадении единиц наглядно воспринимаемых деталей структуры с границами отдельных кубиков, из которых они должны быть составлены, и при нарушении пространственных отношений решение подобных задач человеком с расстройствами зрительно-пространственного гнозиса может быть затруднено [Лурия, 2000].

Время исполнения каждого задания регламентировано, а исследование прекращается после пяти неудачных решений.

Работа с испытуемым по этой методике требует от экспериментатора достаточной изощренности, поскольку в ходе наблюдения, помимо собственно гностических расстройств, могут быть выявлены неустойчивость внимания, импульсивность, пониженная мотивированность работы, проблемы праксиса и программирования деятельности.

При необходимости для решения конкретных патопсихологических задач возможно отклонение от стандартного алгоритма деятельности.

В рамках шкалы интеллекта Векслера разработан и детский вариант методики «Кубики Коса» [Филимоненко, Тимофеев, 1992].

По данным Ю. Ю. Максимовой и Е. Л. Милютиной [2000], дети начинают выполнять самые простые задания кубиков Коса с 3,5 лет, копируя их с образца, выполненного в кубиках того же размера. После 4 лет ребенок выполняет эти же задания, копируя с образца, выполненного на бумаге, но пока еще в натуральную величину. С 5 лет образец на бумаге дается уже в уменьшенном размере. В норме ребенок 5 лет должен выполнить первые пять заданий кубиков Коса.

Для исследований наглядно-действенного мышления, помимо кубиков Коса, у детей дошкольного возраста могут использоваться и такие методики, как «Доски Сегена», складывание разрезанных на несколько частей картинок, рисование человека и некоторые другие.

ГРАФИЧЕСКИЙ ДИКТАНТ Д. Б. ЭЛЬКОНИНА [Эльконин, Венгер (ред.), 1988; Эльконин, 1997; Рогов, 1995; Гуткина, 2000; Головей, Рыбалко, 2002].

Методика, для успешного выполнения которой необходимы навыки пространственной ориентировки, предназначена для оценки:

- способности дошкольников и младших школьников к произвольному слухоречевому вниманию;
- умения точно выполнять сложную систему требований взрослого;
- самостоятельного действия по сформированному визуальному образцу.

Ребенок на листе бумаги «в клетку» от проставленных экспериментатором точек, ориентируясь на его команды, не отрывая карандаша от бумаги, рисует узор. Первый из них, наиболее простой, является тренировочным, отражающим понимание ребенком инструкции, и для оценки не засчитывается: *«одна клетка вниз, одна клетка направо, одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вниз»*. Далее ребенок продолжает узор сам. В процессе выполнения можно подбадривать, но никакие дополнительные указания по выполнению узора не даются.

Второй (оцениваемый) узор: *«Одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вниз, одна клетка направо, одна клетка вниз, одна клетка направо»* с самостоятельным продолжением.

Третий (оцениваемый) узор: *«Три клетки вверх, одна клетка направо, две клетки вниз, одна клетка направо, две клетки вверх, одна клетка направо, три клетки вниз, одна клетка направо, две клетки вверх, одна клетка направо, две клетки вниз, одна клетка направо»* с самостоятельным продолжением.

Четвертый (оцениваемый) узор: *«Три клетки направо, одна клетка вверх, одна клетка налево, две клетки вверх, три клетки направо, две клетки вниз, одна клетка налево, одна клетка вниз, три клетки направо, одна клетка вверх, одна клетка налево, две клетки вверх»* с самостоятельным продолжением.

Между рисованием узоров ребенку предоставляются примерно две минуты отдыха.

Первое задание (рисование со слов) считается выполненным хорошо (4 балла), если есть точное воспроизведение (неровность линий, «дрожащая» линия, «грязь» не снижают оценку). Если при воспроизведении допущены 1–2 ошибки — средний уровень (3 балла). Низкая оценка, если при воспроизведении имеется лишь сходство отдельных элементов (1 балл) либо сходство вообще отсутствует (0 баллов).

Если ребенок смог самостоятельно, без дополнительных вопросов продолжить узор — задание выполнено хорошо (4 балла), неуверенность ребенка, допущенные им одиночные ошибки при продолжении узора — средний уровень (3 балла). Если ребенок допускает множественные ошибки, но в целом выполняет задание — 1 балл, отказался продолжать узор либо не смог нарисовать ни одной правильной линии — низкий уровень выполнения (0 баллов).

Таким образом, действия под диктовку и правильность самостоятельного продолжения узора оцениваются независимо друг от друга.

При исследованиях по данной методике необходимо обращать внимание на детей-левшей, так как в предваряющей эксперимент инструкции ребенку напоминают, что правая рука — это та, в которой он держит карандаш. Кроме того, дети дошкольного возраста могут путать не только правую и левую сторону, но также верх и низ листа бумаги, и могут ошибаться в отсчитывании одной двух или трех клеток.

Контрольные вопросы

1. Какие сферы психологии преимущественно занимаются изучением процессов ощущения и их расстройствами?
2. Какие характеристики ощущений разных анализаторных систем целесообразно учитывать при проведении диагностического обследования?

3. Нарушения каких психических процессов могут наложить отпечаток на оценку гностических функций?
4. Какая форма стимульного материала используется в методиках для выявления зрительной предметной агнозии?
5. Для решения каких диагностических целей может использоваться методика «Компасы»?
6. Как может меняться изображение дорисованных предметов в методике Головиной у детей с умственной отсталостью?
7. На оценку каких функций направлена методика «Кубики Коса» и с какого возраста ребенок может исполнять ее отдельные задания?
8. Опишите технологию проведения методики «Графический диктант» и критерии оценки ее выполнения.

2.4. ПАМЯТЬ И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

Память — это способность живых систем запоминать, хранить и воспроизводить ранее полученную информацию. В более широком контексте это предпосылка формирования опыта, обучения, обеспечивающих адаптацию к внешней среде, поскольку в памяти сохраняются не только образы и мысли, но и стратегии поведения (в том числе социальные), приведшие к удачным и неудачным последствиям для индивида.

Память — это достаточно универсальный, сквозной механизм, сопровождающий практически любую психическую деятельность и поэтому включенный в причинно-следственные отношения при патологическом изменении этой деятельности.

У памяти человека, по мнению В. В. Шульговского [2003], есть две важные черты:

1) возможность разбиения переработки информации на ряд этапов;
2) ограниченность емкости каждого этапа обработки.

Как уже указывалось, традиционно в памяти как активном когнитивном процессе различают три основные составляющие, а по сути, последовательных этапа: *регистрацию* (запоминание), *хранение* и *воспроизведение* (извлечение) информации. Каждая из этих составляющих достаточно сложна, и их развертка во времени подчиняется собственным законам. Например, **запоминание** представляет собой два последовательных процесса — кодирование информации и консолидация следа (также называемого энграммой) — объединение его с информацией, полученной ранее. Первым условием для произвольного запоминания является наличие мотивации, которая обеспечивается эмоциональными механизмами (осознавание потребности и интерес). В соответствии с мотивацией, ставится цель и происходит фокусировка внимания на той информации, которая отвечает поставленной цели. Вслед за этим происходит выделение смысловой составляющей, процесс которого называется *семантическим кодированием* (например, в памяти остается не конкретная фраза с присущей ей последовательностью слов, а лишь ее смысл). В этом процессе важное место занимает выделение важнейшего, установление ассоциативных связей между ним и второстепенными деталями, упорядочивание информации и ее свертывание. Ассоциативное связывание может происходить по смысловым связям, по ситуации, по контексту, по смежности, а также на основании пространственно-временных и некоторых других отношений.

В процессе **хранения** полученные данные продолжают обобщаться, свертываться и реконструироваться, в результате чего в памяти по прошествии времени остается лишь важнейшее, подвергшееся смысловой обработке. Вместе с тем в ряде работ по исследованию

памяти показано, что полноценное хранение наглядной информации может происходить и без семантического кодирования.

Эффективность **воспроизведения** зависит от используемой стратегии поиска необходимого; эта стратегия и сама может варьировать в зависимости от предшествующего обучения, мотивации, эмоционального состояния и проблемной ситуации, для которой желаемая информация извлекается. При этом воспоминание, в свою очередь, сопровождается декодированием и сопоставлением с требованиями задания. Обычно выделяют две основные формы воспроизведения — активное самостоятельное и узнавание. Первое считается более сложным, поскольку в этом случае мнестические процессы проходят через все свойственные им этапы (поиск нужного следа путем перебирания ассоциаций, декодирование информации и сопоставление результата с целями). При узнавании процесс упрощается, поскольку выбор искомого стимула происходит из ограниченного числа вариантов и в основном сводится к компарации (сравнению) предъявляемых стимулов и информации, извлекаемой из памяти. Усилия внимания при узнавании минимальны.

Иногда в качестве самостоятельного и активного рассматривается и процесс **забывания,** «угасания» следов. В нем важнейшую роль играет механизм интерферирующих воздействий (интерференция — наложение). Это и объясняет тот факт, что воспроизведение информации делается более сложным, если она гомогенна (схожа) с другой информацией и образует сходные ассоциации с воспоминаниями.

Забывание, как и запоминание, носит избирательный характер, оно зависит поэтому и от не всегда осознаваемых самим человеком установок, выражающих специфическую направленность его личности. Забывается то, что перестает быть для личности существенно важным, а отчасти и то, что идет вразрез с ее устремлениями [Рубинштейн, 2000].

Согласно исследованиям американского психолога Ричарда Аткинсона [Аткинсон, 1980], различают два основных аспекта системы памяти: постоянные структурные характеристики памяти и процессы управления памятью, протекающие при непосредственном контроле индивида. Структурные характеристики определяют общий путь прохождения информации — через сенсорную память (точный эквивалент внешней стимуляции) в кратковременную (перцептивные знаки) и далее в долговременную память (семантическая форма) — и являются независимыми от индивида. Процессы управления памятью влияют на то, какая информация пройдет этот путь и каким образом она его пройдет. Они носят произвольный характер, осуществляются под непосредственным контролем индивида [Апчел, Цыган, 2004]. Процессы управления — поступление, накопление и извлечение информации — осуществляются с учетом контекста функционирования системы памяти, обеспечивая формирование эффективных стратегий выполнения задачи в меняющихся условиях.

В силу высокой степени разработанности проблемы, классификация видов памяти носит развернутый характер и определяется многочисленными основаниями, которые закладываются в качестве дифференцирующего фактора. Это может быть продолжительность удержания следа, связанность с анализаторными системами или видами деятельности, уровень произвольности, источник происхождения (врожденная, импринтинг, прижизненная), качество хранимой информации и т. д. Очевидно, что все эти перечисленные факторы не являются взаимоисключающими.

Чаще всего используемая классификация по длительности удержания следа выделяет следующие виды прижизненной (в отличие от врожденной) памяти [Линдсей, Норман, 1974]:

- непосредственная (мгновенная, сверхкратковременная, сенсорная, иконическая, эхоическая);
- кратковременная (первичная, оперативная);
- долговременная.

Непосредственная память сохраняет информацию в точности в том виде, в котором она была получена, то есть в виде сенсорных стимулов (отсюда названия — иконическая (образная) для зрительной или эхоическая память для слуховой модальности). Физиологическим эквивалентом непосредственной памяти является возбуждение нейронов первичных и вторичных корковых зон соответствующего анализатора. Считается, что объем непосредственной памяти неограничен, поскольку анализаторные системы фиксируют, хотя бы кратковременно, всю поступающую информацию. Длительность сохранения следа в непосредственной памяти соответствует длительности возбуждения рецепторных нейронов, что составляет доли секунды. Примером работы непосредственной памяти могут служить написание слов под диктовку или их устное повторение за кем-либо, рисование с натуры и др. При этом происходит как восприятие, так и воспроизведение информации, которая хранится очень непродолжительное время.

Следует иметь в виду, что определение «непосредственная» также используется в отношении памяти в другом значении — при намерении ее противопоставить памяти опосредованной. В этом случае «непосредственная» подразумевает слабую обработку запоминаемого материала и отсутствие специальных средств запоминания (кодирования содержания, образного, графического моделирования, выделения смысловых опорных пунктов, связывания материала с ранее усвоенными знаниями и включения его в систему и т. д.).

Специальные исследования непосредственного и опосредствованного запоминания в детском возрасте были проведены А. Н. Леонтьевым [1981]. Он экспериментально показал, как один мнемический процесс — непосредственное запоминание («прямое» запоминание) — с возрастом постепенно замещается другим, опосредствованным.

В **кратковременной памяти** информация удерживается от нескольких секунд до нескольких минут (или до нескольких часов). Кратковременная память содержит только ту информацию, которая нужна в данный момент для решения актуальных задач. Поэтому другое название кратковременной памяти — оперативная или рабочая (иногда их выделяют в качестве самостоятельных). Объем кратковременной памяти ограничен. В норме кратковременная память состоит в среднем из семи (от пяти до девяти) ячеек, в каждую из которых может быть помещен как отдельный признак, например звук или цвет, так и целостный сенсорный образ, слово, словосочетание или даже довольно сложный смысловой фрагмент. Информация, хранящаяся в одной ячейке кратковременной памяти, получила название структурной единицы кратковременной памяти. Это единица, в которой предъявляется материал. Укрупнение структурных единиц кратковременной памяти возможно благодаря активному обращению к предыдущему опыту индивидуума, то есть к долговременной памяти, а также благодаря выделению смысловой составляющей запоминаемых стимулов (семантическому кодированию).

От сенсорной памяти кратковременная отличается тем, что удерживаемая информация представляет собой не точный отпечаток событий, а их непосредственную интерпретацию.

Стирание информации из кратковременной памяти происходит в результате переключения внимания на другую деятельность (при этом «ячейки» кратковременной памяти заполняются другой информацией) или вследствие пассивного угасания следов при отсутствии обращения к ним. Предотвратить потерю информации из кратковременной памяти можно с помощью процесса «мысленного повторения». В этом случае следы в кратковременной памяти могут сохраняться в течение достаточно долгого времени.

То, что принято называть кратковременной памятью, является актуализированной, активной частью памяти, в которой доминирует вновь приобретенный опыт.

Нормальное функционирование кратковременной памяти в значительной степени зависит от процессов внимания.

Оперативную память в качестве специального вида выделяют в тех случаях, когда особо хотят подчеркнуть наличие выраженных помех в процессе запоминания или хранения информации либо требование удержания в памяти промежуточной информации, необходимой для дальнейшего привлечения в продолжающейся деятельности. В подобном контексте в оперативную память могут привлекаться сведения и из памяти долговременной. Одним из отличий оперативной памяти от кратковременной считается различие целей и задач запоминания. Если в кратковременной памяти запоминание обычно является самоцелью, то в оперативной памяти, напротив, запоминание и воспроизведение подчинены целям и задачам текущей деятельности и тесно связаны с ее содержанием.

Долговременная память характеризуется неограниченным объемом и способностью сохранять информацию в течение сколь угодно долгого времени, до продолжительности жизни. Существует несколько классификаций долговременной памяти. Согласно одной из них, долговременная память разделяется на декларативную и процедурную [Блум, Лейзерсон, Хофстедтер, 1988].

Декларативная память представляет собой память о фактах (объектах, событиях), что включает как память о событиях жизни, так и общую осведомленность. Ее задача — ответить на вопрос «что?». Эта память является сознательной и при своей актуализации требует значительных ресурсов внимания (как, например, при узнавании зашумленного объекта). Ее делят на память событийную (или эпизодическую) и символическую (или семантическую). Такое деление долговременной памяти было предложено в 1970-х гг. канадским психологом Энделем Тульвингом [Tulving, 1972].

Эпизодическая память содержит воспоминания о датированных по времени происшедших событиях жизни и о связях между ними (автобиографическая память), чему противопоставляются воспоминания о фоне, на котором эти события развивались. Содержание эпизодической памяти индивидуально для каждого человека и пополняется в течение всей жизни. Данный вид памяти наиболее уязвим по отношению к различным патологическим процессам.

Семантическая память — это память на вербализованные понятия (в частности, знание языка) и обозначения для окружающих явлений в их связи с самим явлениями, на формальные правила и абстрактные идеи. По-видимому, данный вид памяти организует и алгоритмы манипулирования символами, понятиями и отношениями, обеспечивает хорошую организацию хранения материала, способствующую эффективному его воспроизведению (например, в процессе речи). Формируется семантическая память в основном в раннем детском возрасте. Ее содержание до определенной степени совпадает у представителей одной культуры и социального слоя. Эффективное взаимодействие между семантической и эпизодической памятью складывается примерно к 3–4 годам — возрасту, с которого ребенок начинает манипулировать осознанными воспоминаниями, нанесенными на временную шкалу.

Важное различие между эпизодическим и семантическим видами памяти заключается в том, что первая постоянно обусловливается новыми задачами и изменяется в результате их выполнения, тогда как вторая во времени остается относительно стабильной.

Процедурная память представляет собой усвоенные на протяжении жизни навыки деятельности, двигательные, перцептивные и когнитивные стратегии и даже условные рефлексы (память «как?»), которые могут вырабатываться даже до двухлетнего возраста. В индивидуальном развитии человека процедурная память появляется раньше декларативной. При этом сам факт того, что научение произошло, не осознается, а актуализация процедурных знаний обычно не требует существенных умственных усилий со стороны субъекта. Свидетельством сохранности следа в процедурной памяти выступает более успешное выполнение какого-либо когнитивного задания при повторном его предъявлении.

По уровню осознания долговременную память разделяют также на *произвольную* и *непроизвольную*. Первая из них характерна только для человека и предполагает наличие сознательной установки на запоминание, то есть цели этого запоминания и участие процессов мышления. Непроизвольное такой цели не имеет и в большинстве случаев становится побочным результатом какой-то деятельности, не связанной явно с мнестическими процессами. При этом в ряде случаев эффективность непроизвольного запоминания, как онтогенетически более раннего, может превышать эффективность произвольного.

Память в эксперименте может характеризоваться своим объемом, скоростью и точностью запечатления, временем, на протяжении которого происходит забывание контрольного материала (либо, напротив, его полное удержание), количеством повторений, необходимым для безупречного воспроизведения, латентным периодом между постановкой задачи и извлечением необходимого материала из памяти, числом допущенных ошибок, которые могут сводиться к пропуску элементов информации либо к их замене (искажению).

По мнению В. В. Захарова и Н. Н. Яхно [2003], существует три основные (но не единственные. — *Примеч. авт.*) причины расстройств памяти.

1. Патологическая инертность мнестической деятельности приводит к нарушению переключения внимания с одного этапа мнестических операций на следующий. Характерный симптом такой инертности — повторение воспроизведения одних и тех же элементов (слов, зрительных образов или информации другой модальности). Например, больной запоминает и воспроизводит группу из трех слов «холод, рама, книга» как «холод, рама, холод». Очевидно, что подобные инертные повторения являются одним из вариантов персевераций (навязчивых циклических психических или моторных актов), которые обычно сопровождают нарушения регуляции произвольной деятельности.

2. Нарушения избирательности мнестической деятельности сопровождаются неточным или неправильным запоминанием информации или ошибками при воспроизведении в результате недостаточности контроля. Нарушения избирательности обычно проявляются после отвлечения внимания больного на другую деятельность. Характерные симптомы нарушений избирательности — замены, искажения и вплетения. *Замены* — это небольшие неточности при воспроизведении, не влияющие принципиально на качество информации. *Искажения* — это более грубые замены, которые деформируют запомненный образ или содержание информации. *Вплетения* — ошибки воспроизведения, когда извлекаемая информация содержит посторонний материал, запоминание которого вообще не было целью мнестической деятельности.

3. Нарушения перехода информации из кратковременной памяти в долговременную. Из-за ограниченного объема кратковременной памяти происходит вытеснение из нее недавно полученной информации (до перекодирования в долговременную память) вновь поступающей. Это объяснение необходимо дополнить еще одним мнестическим феноменом — преимущественным использованием информации из долговременной памяти (давно приобретенной информации) по сравнению со сведениями из ущербной оперативной.

Первые две причины в основном обусловливаются дисфункцией лобных отделов мозга, отвечающих за выбор цели, построение программы и, что самое важное в данном контексте, за контроль конечного и промежуточного результатов деятельности. Нарушение динамики мнестической деятельности может возникать и вследствие эмоциональной неустойчивости человека. Третья причина (проблемы консолидации следа), как правило, обусловлена расстройствами в работе височных отделов лимбической системы.

Существуют различные способы классификаций расстройств памяти, что отражает, в силу разнообразия ее форм, сложность выбора ключевых оснований для их деления. Чаще всего для оценки мнестических нарушений пользуются терминами *гипомнезия, амнезия,*

гипермнезия (часто объединяемыми одним понятием — *дисмнезии*), которые обычно рассматриваются под углом зрения количественных изменений памяти. Качественные ее расстройства или искажения описываются как *парамнезии*.

Гипомнезия — ослабление памяти, ухудшение способности к запоминанию или точному воспроизведению информации. Она является наиболее распространенным видом нарушения памяти. Если даже воспоминания воспроизводятся, то они все равно продолжают сопровождаться сомнениями. Ослабление памяти может идти как равномерно, так и неравномерно в отношении всех основных ее процессов — фиксации следов, их сохранения и репродукции. Гипомнезия может быть временной, эпизодической, но может иметь и стойкий, необратимый характер.

Один из ранних признаков гипомнезии — нарушение избирательного воспроизведения в виде невозможности вспомнить какой-либо факт, необходимый в данный момент, хотя позже он всплывает в памяти сам по себе. Признаком сравнительно легкой степени является также забывание того, что о каком-либо факте больной уже сообщал ранее конкретному лицу [Жмуров, 1994]. Гипомнезия часто начинается с забывчивости на даты, термины, понятия, фамилии, числа, то есть с запоминания и воспроизведения справочного материала, хронологической последовательности событий прошлого (страдает ориентировка во времени, и нарушается чувство времени). Объяснением этого может служить как ухудшение внимания, особенно после переключения на какую-то иную деятельность, так и увеличение чувствительности к влиянию интерферирующих воздействий. При более тяжелой форме из памяти выпадает множество подробностей и значительных событий, касающихся личной и общественной жизни.

Критическое отношение к ослаблению памяти у больных с гипомнезией обычно сохраняется — это отражается в соответствующих жалобах, в попытках компенсировать возникшую несостоятельность (ведение записей, вязание узелков, использование мнемотехники, стремление класть предметы на одно и то же или видное место, привычка перепроверять себя и др.). Снижение памяти может вызывать типичные острые эмоциональные реакции на человека.

Гипомнезия может быть следствием сосудистых и травматических поражений ЦНС, она входит в структуру многих психопатологических синдромов (невротического, психоорганического и др.), а также является симптомом умственной отсталости и задержки психического развития, характерна для астенических состояний, депрессии, органических расстройств, сопровождает возрастные изменения.

Амнезия — существенное ослабление или полная утрата памяти. Выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени. Существует целая группа амнезий, различающихся причинами возникновения и ведущей симптоматикой.

Прогрессирующая амнезия — постепенная и далеко идущая утрата памяти, чаще вследствие сосудистых заболеваний мозга и его атрофии. Вначале нарушения памяти проявляются лишь на фоне глубокого утомления и выражаются в забывании малозначащих событий, новых имен и дат. Затем теряется способность локализовывать события во времени: давно прошедшие из них кажутся ближе к настоящему и наоборот. При этом эмоциональная память может еще сохраняться, но с развитием болезненного состояния утрачивается и она. Воспоминания далекого прошлого могут переживаться как происходящее в данный момент. Особенной стойкостью обладают наиболее часто ранее воспроизводившиеся функциональные феномены и во многом гештальтные связи двигательного анализатора — манера держаться, походка, жесты, автоматизированные навыки, привычки, что начинает граничить с распадом личности. На последнем этапе могут сохраняться разрозненные и очень скудные воспоминания, относящиеся в основном к детским годам жизни.

Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся **закону регрессии Т. Рибо:** от частного — к более общему, от позднее приобретенного — к тому, что было приобретено ранее; от менее эмоционально насыщенного — к более эмоционально значимому.

Фиксационная амнезия — утрата способности запоминать новую информацию, из-за чего не происходит приобретения новых знаний, и одновременно быстро забываются текущие события, а также собственные состояния, переживания и ощущения. Больные почти сразу забывают содержание только что сказанного или задают одни и те же вопросы, не помнят, что они делали, ели, читали. Появляется дезориентированность в обстановке, времени, окружающих лицах, в ситуации. Если фиксационная амнезия выражена нерезко, то больные сохраняют к этому частичную критику, пытаются компенсировать свой дефект — например, воспроизводят требуемые сведения по догадке. Большинство авторов объясняют трудности усвоения новой информации ослаблением процесса консолидации следа памяти.

Фиксационная амнезия лежит в основе *антероградной амнезии*, распространяющейся на события, следующие за периодом острого нарушения мозговой деятельности, какого-то расстройства психики. У таких больных в основном страдают вербальные навыки и в меньшей степени — невербальные. Степень выраженности этой амнезии существенно зависит от интенсивности, продолжительности и характера повреждающего фактора. Ее симптоматика может распространяться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев и даже лет.

Ретроградная амнезия — выпадение памяти на события, которые предшествовали сильной психической или физической травме, повреждению головного мозга, самоповешению, отравлению (например, угарным газом), развитию острого психотического расстройства либо воздействию типа электрошока. Больной в течение ряда дней после травмы не может назвать свою фамилию, имя, адрес, не помнит места своей работы, членов семьи и т. д. Сроки существования пробелов примерно такие же, как и при антероградной амнезии. Они могут быть стойкими, стационарными, но во многих случаях воспоминания частично или полностью со временем возвращаются. Впечатления, непосредственно примыкающие к началу болезненного эпизода, восстанавливаются в памяти хуже, так как кратковременная память отличается высокой чувствительностью к повреждающим воздействиям.

Психогенная амнезия — выпадение памяти на отдельные уже зафиксированные психотравмирующие события, что можно рассматривать как проявление защитных механизмов по типу вытеснения (все, что может спровоцировать непереносимые переживания, не допускается до сознания) или отрицания. Наиболее типичные пусковые факторы — переживание смертельной угрозы с ощущением невозможности избежать ее, унижающего стыда или оскорбленного самолюбия, актуальная или предвосхищаемая потеря эмоционально значимого объекта. Амнезия возникает и в результате панической реакции на собственное переживание (агрессивное, сексуальное), субъективно не приемлемое с морально-этических позиций. Утрачиваются, прежде всего, неприятные переживания, действия, ущемляющие чувство собственной ценности, а также ситуации и события, окрашенные выраженными отрицательными эмоциями.

Психогенная амнезия характеризуется внезапно начинающейся ретроградной амнезией у лиц с хорошей памятью (типично, что больной дает нелепые ответы, хотя память на индифферентные события того же времени может частично сохраняться).

Здесь всегда присутствует явное или неявное стремление к уходу от стрессовой ситуации, но само возникновение амнезии не подчиняется сознанию. Обычно наблюдается у лиц с истерическими чертами характера, а также при неврозах. Психотерапевтические воздействия и, в частности, погружение в состояние гипнотического сна позволяют преодолеть

сопротивление утраченным воспоминаниям, и они могут быть восстановлены. Психогенная амнезия наблюдается преимущественно у подростков и молодых людей и реже — у пожилых; у женщин чаще, чем у мужчин.

Явление смежное, а порой рассматривающееся как частный случай психогенной амнезии, — *амнезия истерическая*. Здесь также имеется вытеснение субъективно неприемлемых событий, но фоном для этого выступает **уже** имеющийся истерический синдром, а утрата памяти на некоторые события очевидно несет отпечаток «выгоды» для больного, выигрыша в каком-то отношении. Степень выраженности утрат памяти может быть более значительной, чем при обычной психогенной амнезии, — человек забывает не только отдельные эпизоды, но и все, что касается его личности, в том числе и собственное имя, а при попадании в ранее знакомую обстановку или при встрече с близкими людьми воспоминания, как могло бы ожидаться, не оживают. В некоторых случаях при истерической амнезии потери памяти могут длиться всю жизнь или существенный ее отрезок. И напротив, как только «выгодность» забывания перестает быть актуальной, память может самопроизвольно вернуться. Не следует путать эти нерегулируемые сознанием больного мнестические феномены с целенаправленной симуляцией, которой предшествует осознаваемый замысел утаить информацию.

Аффектогенная амнезия — утрата воспоминаний о событиях, происшедших во время собственной бурной эмоциональной реакции — аффекта. Выявляемая после выхода из состояния патологического аффекта, эта амнезия обусловливается временным сужением сознания.

К более частным вариантам амнезий относят *алкогольную амнезию* — выпадение памяти на события, сопровождаемые опьянением больных алкоголизмом. При этом отчетливых нарушений сознания в забытом периоде времени не наблюдается. Известны случаи, когда страдающие алкоголизмом лица, будучи трезвыми, забывают о впечатлениях периода опьянения, но при повторном алкогольном эпизоде вновь могут о них вспомнить.

Несколько особняком от всех остальных рассматривается так называемая *детская амнезия* — феномен отсутствия воспоминаний у детей до 3–4 лет, равно как и смутные воспоминания взрослого об этом периоде. Предположительно явление детской амнезии есть свидетельство не полной утраты опыта детства, а скорее его канализации в необходимые для дальнейшей предметно-пространственной деятельности моторные системы, трудно поддающиеся вербализации.

Гипермнезия — болезненное обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием непроизвольных воспоминаний, резким увеличением объема и прочности запоминаемого материала по сравнению с нормативными показателями. В патологических и пограничных случаях характеризуется удержанием в памяти множества малосущественных деталей и незначительных событий прошлого, которые носят яркий чувственно-образный характер, всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Ассоциации вспоминаемых рядов выстраиваются беспорядочно или по упрощенной схеме — по контрасту, сходству или смежности в пространстве и времени.

Гипермнезия — термин достаточно условный, поскольку обычно речь идет не об усилении всей памяти, а лишь об обострении ее низших форм — механической и образной памяти за счет ослабления высшей смысловой памяти [Случевский, 1957].

Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях алкогольного и гашишного опьянения, в начальных стадиях прогрессивного паралича, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна. Гипермнезия может быть при депрессии — отчетливо вспоминаются самые незначительные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения. Явления гипермнезии наблюдаются изредка в клинической картине инфекционных психозов. Известны случаи, когда в состоянии

нарушенного сознания больные с фотографической точностью воспроизводили тексты прочитанных ранее книг, говорили на иностранных языках, забытых в обычном состоянии. По выздоровлении ожившие следы памяти вновь терялись. Гипермнезия бывает парциальной, избирательной, проявляясь, например, повышенной способностью к запоминанию и воспроизведению цифр [Жмуров, 1994]. Случаи гипермнезии отмечались при лихорадочных состояниях, мозговых травмах, электрическом раздражении определенных участков коры больших полушарий мозга, эпилептических переживаниях перед припадком, при истерических переживаниях, а также при серьезной угрозе жизни (например, падения с высоты).

Гипермнезия не зависит от уровня интеллекта и встречается даже при сниженном интеллекте. В последнем случае может носить врожденный характер.

Гипермнезию не следует смешивать с *феноменальной памятью* — редкой, но не патологической способностью хранить и при необходимости воспроизводить большие объемы информации, поскольку процессы памяти и механизмы их произвольной регуляции здесь не нарушаются. Объяснения феноменальной памяти можно найти и в регулярной тренировке ее носителя.

Парамнезии (псевдомнезии) — общее название различных обманов памяти, ее искажений по типу ложных воспоминаний или феноменов смещения настоящего и прошлого, реального и воображаемого. Это качественные нарушения памяти, которые могут встречаться как самостоятельно, так и в сочетании с количественными.

Выделяют несколько типов парамнезий.

Псевдореминисценции (по С. С. Корсакову — «иллюзии памяти») — воспоминания о действительно имевших место событиях, которые начинают переноситься больным в другой временной период (обычно из прошлого в настоящее): больные, давно находящиеся в больнице, говорят о том, что недавно «пришли с работы». Это расстройство локализации события во времени.

Конфабуляции (по С. С. Корсакову — «галлюцинации памяти») — ложные воспоминания, вымыслы, связанные с событиями прошлой жизни, которые заполняют пробелы в памяти (например, при фиксационной амнезии). Содержание конфабуляций может носить внешне правдоподобный характер, быть фантастическим или обращенным в далекое прошлое (в детство). Больной полностью уверен, что сообщаемые им факты и события действительно происходили. Конфабуляции отличаются от псевдореминисценций большей продуктивностью, разнообразием, необычностью, элементами ирреальности, наличием патологической деятельности воображения.

Криптомнезии — тип парамнезии, при котором происходит присвоение воспоминаний: исчезают различия между событиями, происходившими в действительности, и теми, о которых больной слышал, читал или которые увидел во сне, либо событиями, вообще ранее известными (например, увиденное в кино вспоминается как пережитое или продуманное больным, либо больной присваивает себе авторство каких-то научных идей или произведений искусства — воспоминания о знаниях замещаются ощущением личного творческого акта — «неумышленный плагиат»). Такие криптомнезии называют истинными. А при ложных их вариантах, напротив, реальные события из жизни больного начинают ему представляться как происходившие с кем-то иным, как услышанное, прочитанное или увиденное на сцене. И при истинных, и при ложных криптомнезиях имеет место нарушение способности идентифицировать источник воспоминаний.

Эхомнезии — обманы памяти, при которых новое событие воспринимается как уже происходившее, но обычно без способности указать, где и когда. В подобных случаях воспринимаемое одновременно проецируется и в настоящее, и в неопределенное прошлое. Другое

название этого вида парамнезий — уже упоминвшийся в разделе расстройств восприятия феномен «уже виденного» (deja vu), «уже слышанного» или «уже обдуманного». При этом событие воспринимается как полностью повторяющее происходившее в прошлом. В других случаях возможна такая разновидность воспоминания «уже пережитого», когда человек только отмечает некоторое сходство ситуации, но понимает, что оно не идентично прошлому событию.

В другой трактовке эхомнезии — это субъективное переживание повторяемости одних и тех же событий или одного и того же воспоминания. В это время человек несколько раз подряд ощущает себя в одной и той же ситуации, которой соответствует повторяющееся воспоминание, и в течение небольшого времени (нескольких минут) как бы отключается от текущего восприятия.

Феномены никогда не виденного (jamais vu), *не слышанного, не пережитого и др.* Знакомое, известное, привычное воспринимается как новое, ранее не встречавшееся, возникает переживание непредсказуемости предстоящих событий.

В современной медицинской психологии установлена связь парамнезий с некоторыми пограничными состояниями (стресс, острое и хроническое переутомление), с психастенией, а также рядом психических расстройств и органических поражений мозга.

Корсаковский синдром — сочетание антероградной, ретроградной, фиксационной амнезий и конфабуляций, впервые описанное выдающимся отечественным психиатром С. С. Корсаковым в 1887 г. у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Основным механизмом мнестических расстройств при корсаковском синдроме является нарушение долговременного запоминания текущих событий, новой информации независимо от ее модальности — затрудняется перевод следов из кратковременной памяти в долговременную. Мнестические расстройства при данном синдроме преимущественно затрагивают произвольную эпизодическую память, то есть субъективно осознаваемую способность запоминать и воспроизводить происходившее недавно или только что. Из-за этого больные могут по нескольку раз здороваться с одними и теми же людьми, задавать одни и те же вопросы, не могут сказать, чем они только что занимались, что ели, неделями читают одну и ту же страницу в книге, тут же забывая прочитанное. Наиболее резко нарушается вербальная память, в меньшей степени — образная, еще меньше нарушена так называемая эмоциональная память, в связи с чем, совершенно не помня содержания неприятного события, больной может приходить в плохое настроение в обстановке, где оно произошло, или при виде лица, имевшего к нему отношение. При попытках ответить на затруднительный вопрос о недавнем прошлом могут спонтанно предъявляться фантастические конфабуляции (у детей ложные воспоминания, как правило, отсутствуют или выражены слабо). Память на отдаленные события прошлой жизни остается относительно сохранной, а некоторые воспоминания о таких событиях даже отличаются особенной яркостью.

У больных с корсаковским синдромом в зависимости от его тяжести начинают страдать ориентировка во времени, процессы внимания, восприятия, мышления и всей структуры личности в целом, хотя по сравнению с собственно мнестическими расстройствами эти явления могут быть и незначительными. В большинстве случаев больным свойственна та или иная степень интеллектуальной недостаточности, которая выражается в ослаблении продуктивности, в стереотипности и монотонности суждений, выраженной их зависимости от внешних впечатлений, неспособности замечать противоречия в собственных высказываниях, обнаруживать несовместимость ложных воспоминаний с реальностью. В то же время некоторые больные отличаются известной сообразительностью и в пределах конкретной ситуации умело маскируют дефекты памяти. Они сохраняют способность разумно рассуждать, делать верные умозаключения, если не требуется опоры на воспоминания о текущих событиях.

Некоторые больные могут не помнить, что они все забывают, и начинают отрицать наличие у себя расстройств памяти. Другие, напротив, критически относясь к своему недостатку, пытаются к нему адаптироваться. Относительно сохранны сознание и мотивация (кроме пожилых людей, у которых могут наблюдаться признаки апатии). Общие представления (семантическая память), усвоенные в течение жизни навыки (процедурная память), а также непроизвольное запоминание и воспроизведение остаются почти незатронутыми.

Развитие корсаковского синдрома, помимо хронического алкоголизма, возможно и при энцефалитах, сосудистых заболеваниях, опухолях и травмах головного мозга, старческих психозах, отравлении окисью углерода, гипоксии мозга в связи с самоповешением и в ряде других случаев. Значительная роль в патогенезе отводится двустороннему поражению некоторых структур лимбической системы головного мозга (гиппокампа, маммилярных тел, свода).

Псевдоамнезия — нарушение памяти как *деятельности*. Возникает при массивных поражениях лобных долей мозга, когда грубо нарушается процесс формирования намерений, планов и программ поведения, следствием чего становится расстройство произвольного запоминания. Сама память как таковая почти не страдает. Например, больной не в состоянии полноценно даже после нескольких проб воспроизвести предложенные для запоминания слова, но легко узнает их в более объемном списке.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение памяти и опишите содержание ее процессуальных составляющих.
2. Какие виды и подвиды памяти выделяются в современной психологии?
3. Каковы основные причины расстройств памяти?
4. Как терминологически обозначаются количественные и качественные расстройства памяти?
5. С каких признаков обычно начинается развитие гипомнезии?
6. Какой порядок расстройств памяти описан в законе регрессии Рибо?
7. Какие формы амнезий могут выделяться на фоне различных психических и соматических заболеваний?
8. Почему гипермнезия не может рассматриваться как позитивное явление?
9. Опишите качественные характеристики различных форма парамнезий.
10. Благодаря каким особенностям некоторые расстройства памяти были выделены в специальные (корсаковский синдром)?

2.5. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ

Они отличаются большим разнообразием как по характеру материала, предназначающегося для запоминания, так и по степени соучастия других психических процессов, через которые мнестические функции реализуются [Блейхер, Крук, 1986; Зейгарник, 1986; Рубинштейн, 1998; Захаров, Яхно, 2003]. Можно выделить несколько основных способов работы испытуемых с запоминаемым материалом:

- запоминание увеличивающихся рядов элементов (цифр, слов, бессмысленных слогов и т. п.) до «отказа», то есть неспособности после однократного (или иногда трехкратного) предъявления безупречно воспроизвести весь ряд;
- запоминание стандартного набора элементов с целью регистрации числа повторений, после которого весь набор воспроизводится безошибочно;

- запоминание некоторого набора элементов-эталонов (например, графических), которые затем должны быть обнаружены (узнаны) в других больших по объему наборах;
- запоминание элементов с помощью ассоциативного опосредования;
- запоминание смысла (рассказов), в отличие от их буквального запоминания;
- запоминание взаимного расположения (пространственной композиции) элементов на рисунках с их воспроизведением по памяти;
- (по модальности) запоминание ритмических или звуковысотных последовательностей, а также тактильных образов.

С научными целями используются и иные, реже встречающиеся методы исследования памяти — метод определения отсутствующего элемента, метод частичного воспроизведения и др. [Зинченко, 2000].

По мнению Б. В. Зейгарник [1986], в исследовании патологии памяти наиболее важными представляются следующие вопросы:

а) о строении мнестической деятельности опосредованного и неопосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания;
б) о динамике мнестического процесса;
в) о мотивационном компоненте памяти.

ЗАУЧИВАНИЕ 10 СЛОВ [Лурия (ред.), 1973; Рубинштейн, 1998; Лурия, 2000].

Эта методика, предложенная А. Р. Лурией, является одной из наиболее распространенных в патопсихологии. Испытуемому предлагается прослушать 10 простых, не связанных по смыслу, обычно односложных или двухсложных слов, которые необходимо повторить в любом порядке сразу после прочтения. Воспроизведенные слова помечаются в специальном бланке (см. образец), после чего процедура вновь повторяется от 5 до 10 раз, до тех пор, пока без ошибок не будут воспроизводиться все слова. По прошествии 50–60 минут экспериментатор вновь просит повторить запомненные слова. В другой версии число попыток ограничивается пятью.

ОБРАЗЕЦ БЛАНКА

Слова	Попытка 1	Попытка 2	Попытка 3	Попытка 4	Попытка 5	Спустя час
Лес						
Хлеб						
Окно						
Стул						
Вода						
Брат						
Конь						
Гриб						
Игла						
Мед						
Огонь						

Полученные в соответствии с бланковыми данными результаты переносятся на график, в результате чего вырисовывается кривая запоминания, которая и становится основным предметом дальнейшей интерпретации. По характеру кривой достаточно хорошо видна динамика мнестических процессов, в значительной степени связанная с устойчивостью внимания. Если в норме после очередного повторения количество запомненных слов

увеличивается, то в ряде случаев начинают упорно воспроизводиться одни и те же слова, то есть характер кривой начинает напоминать плато, в других случаях на фоне утомления и астенизации после повторения число запомненных слов может уменьшаться («куполообразная» кривая), в третьих из-за эмоциональной неустойчивости или колебаний внимания характер кривой становится зигзагообразным. В число запомненных испытуемым могут привноситься и посторонние слова — факт, нуждающийся в дополнительном анализе своего происхождения.

ЗАПОМИНАНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВ [Meily, 1961; цит по: Блейхер, Крук, 1986; Зинченко, 2000; Бизюк, 2005].

Данный методический прием включает в себя несколько вариантов проведения эксперимента, общим для которых является одновременная или последовательная экспозиция каких-то комплектов изображений, различающихся по сложности восприятия. К числу таких изображений могут относиться реалистические изображения бытовых предметов, животных, средств транспорта и т. п., хорошо опознаваемые геометрические фигуры, контурные или профильные фигуры, не имеющие словесного эквивалента (данный стимульный материал наиболее чисто характеризует зрительную память), знаки-символы и т. д.

Поэтому дальнейшее течение эксперимента, а также предшествующая ему инструкция могут варьироваться.

В версии Р. Мейли методика проводится в два этапа.

Первый этап заключается в исследовании зрительной памяти с помощью двух серий картинок. Каждая серия — 30 картинок, на которых изображены определенные предметы. Картинки предъявляются с интервалом в 2 секунды одна за другой.

Стимульный материал первой серии:

Горшок, осел, ключ, тачка, колокольчик, стол, вишня, сапог, вилка, рыба, бочка, голова, буфет, роза, паровоз, кресло, флаг, петух, ножницы, зонтик, ваза, корова, диван, голубь, часы, старик, очки, лампа, нога, пианино.

После показа картинок первой серии делают перерыв на 10 секунд, а затем проверяют, сколько предметов запомнил обследуемый. Инструкция сообщает обследуемому, что предметы можно называть в любом порядке. Называемые предметы регистрируются, так как возможны повторения и привнесение не фигурировавших в задании.

Вторую серия картинок лучше предъявлять на второй день, причем других исследований памяти в промежутке между первой и второй сериями желательно не проводить.

Стимульный материал второй серии:

Ракушка, кровать, труба, груша, метла, коза, букет, трамвай, пила, стул, мальчик, молоток, бутылка, подвода, расческа, пушка, дерево, яблоко, книжка, шляпа, дом, собака, скамейка, дверь, чашка, река, печь, скрипка, портсигар, конь.

При обнаружении значительной разницы в результатах и исключении возможной роли в этом факторов внешней среды можно подозревать лабильность мнестической функции и слабость концентрации внимания.

В другом варианте проведения методики карточки (5–10 штук) с изображениями сразу после экспонирования убираются или закрываются, а перед испытуемым выкладывается другой, больший по составу комплект. В нем необходимо найти запомненные фигуры или нарисованные предметы. Эта процедура повторяется несколько раз.

В третьем случае опора на повторное предъявляемые образы не предусматривается, и испытуемый по прошествии 2–3 минут должен вербально воспроизвести запомненные образы или нарисовать их (например, невербализуемые фигуры), причем качество рисунков в расчет не принимается, а предметом оценки становится факт воспроизведения изображения.

ОЦЕНКА КРАКОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ МЕТОДОМ ДЖЕКОБСОНА [Пашукова, Допира, Дьяконов, 1996].

Существенная особенность этого метода — то, что объем кратковременной памяти измеряется по количеству изолированных единиц информации, которые могут быть правильно воспроизведены в заданном порядке после одного предъявления. Испытуемому предъявляют (зрительно или на слух) по одному ряду стимулов постепенно нарастающей длины и устанавливают максимальное количество отдельных членов ряда, при котором испытуемый еще в состоянии безошибочно воспроизвести весь ряд. Обычно применяют ряды из 4–12 стимулов. (Наиболее известной из подобных процедур является субтест на запоминание числовых рядов из шкалы интеллекта Векслера.)

Во избежание случайностей испытуемому предъявляют больше одного ряда каждой длины и продолжают опыт после того, как испытуемый впервые допустит ошибку.

Объем кратковременной памяти вычисляется по формуле: $V = A + m/n + 1/2$, где V — объем кратковременной памяти; A — максимальное количество цифр в ряду, при котором все ряды воспроизводятся полностью; m — число правильно воспроизведенных рядов с количеством цифр, большим, чем A; n — количество проб с одной и той же длиной ряда.

ОПОСРЕДОВАННОЕ ЗАПОМИНАНИЕ [Леонтьев, 1981; Рубинштейн, 1998].

Основная теоретическая концепция данного диагностического приема заимствована из разработанной Л. С. Выготским и А. Р. Лурией «функциональной методики двойной стимуляции», которая строится по принципу введения в экспериментальную задачу, предлагаемую испытуемым, кроме основных исходных стимулов еще второго дополнительного ряда стимулов (стимулов-средств), способных служить испытуемым тем «психологическим инструментом», с помощью которого они могут решить данную задачу. Подобная организация мнестической деятельности характерна именно для высших ее форм.

Для проведения эксперимента необходимо иметь заранее подготовленные наборы изображений (30 карточек с отчетливыми изображениями предметов и животных) и наборы из 15 слов. Рекомендуется использовать стандартные списки, но не исключается возможность и отбора собственных, под конкретные задачи исследования. Карточки раскладываются перед испытуемым так, чтобы все они были одновременно видны. После этого поочередно зачитываются слова из подготовленного набора с просьбой испытуемому выбрать одну из картинок, чтобы впоследствии она помогла вспомнить предложенное слово, но сами изображения не должны являться прямой к нему иллюстрацией. Строго говоря, квалификация подобранных пар с позиции «правильно—неправильно» не предусматривается. Подобрав нужный рисунок, обследуемый должен объяснить мотивы своего решения. Отобранные карточки откладываются в сторону.

Стимульный материал:

1-я серия:

На карточках изображены: *диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка земляники, ручка для перьев, аэроплан, географическая карта, щетка, лопата, грабли, автомобиль, дерево, лейка, дом, цветок, тетради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, экипаж, настольная электрическая лампа, картина в раме, поле, кошка.*

Слова для запоминания: *снег, обед, лес, ученье, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, урок, ночь, мышь, молоко, стул.*

2-я серия:

На карточках изображены: *полотенце, стул, чернильница, велосипед, часы, глобус, карандаш, солнце, рюмка, обеденный прибор, расческа, тарелка, зеркало, перья, поднос, домбулочная, фабричные трубы, кувшин, забор, собака, детские штанишки, комната, носки и ботинки, перочинный нож, гусь, уличный фонарь, лошадь, петух, черная доска, рубашка.*

Слова для запоминания: *дождь, собрание, пожар, день, драка, отряд, театр, ошибка, сила, встреча, ответ, горе, праздник, сосед, труд.*

После окончания этапа запоминания (а иногда и по прошествии нескольких десятков минут) испытуемому поочередно предлагают отобранные карточки с просьбой вспомнить связанные с ними слова. Предметом исследования здесь становится не только память, но также характер и адекватность образованных ассоциаций, корректность логических построений при объяснении своих воспоминаний, припоминание близких по смыслу слов вместо фактических, наличие побочных, самостоятельных ассоциаций, не связанных с соответствующим словом или карточкой.

Экспериментально доказано, что образование опосредованных связей у умственно отсталых затруднено или невозможно, а подбор карточек у лиц с психическими расстройствами, в частности с шизофренией, и при образовании ассоциаций и при их мотивировке обнаруживает связи по второстепенным, весьма далеким или вообще плохо понимаемым с позиции здравого смысла признакам, либо подбор каточки к слову оказывается вообще невозможным, хаотичным.

В видоизмененной (упрощенной для детей) методике А. Н. Леонтьев предлагает 5 слов и 16 карточек.

Карточки с рисунками: *столовый прибор, школьная доска, булочная, расческа, солнце, глобус, кувшин, петух, забор, детские штанишки, уличный фонарь, ботинки, часы, заводские трубы, карандаш.*

Слова: *пожар, дождь, труд, ошибка, горе.*

В итоге работы с детьми по методике опосредованного запоминания А. Н. Леонтьев приходит к выводу, что способность ребенка устанавливать элементарные ассоциативные связи между словом и картинкой (на первом этапе исследования) еще не является моментом, единственно определяющим процесс опосредованого запоминания; ребенок, способный установить между ними некоторую ассоциативную связь, может вместе с тем оказаться неспособным инструментально употребить связанную со словом карточку. Правильно подобранная картинка в дальнейшем даже мешает — она участвует в процессе не вместе с основным стимулом, а наряду с ним.

Метод двойной стимуляции может применяться и в другой модификации. При назывании слов испытуемый не сам подбирает картинки, а экспериментатор показывает их по своему усмотрению. Воспроизведение проводится следующим образом: предъявляют по одной картинке и предлагают по каждой из них вспомнить соответствующее слово, которое раньше читал экспериментатор. Количество правильно воспроизведенных слов в обеих модификациях является показателем степени развития активного установления осмысленных связей в процессе запоминания и использования при этом различного рода вспомогательных приемов.

Известен и более простой вариант проведения исследования, предложенный в 1935 г. Л. В. Занковым и сводящийся к запоминанию конкретного слова с помощью определенного изображения на картинке путем установления связи между словом и предъявляемым изображением.

ПИКТОГРАММЫ [Рубинштейн, 1998; Лурия, 2000; Зинченко, 2000; Херсонский, 2003; Семаго, Семаго, 2005; Левченко, Забрамная (ред.), 2006].

Этот метод исследования памяти предложен Л. С. Выготским и разрабатывался его коллегами, в частности А. Р. Лурией. Несмотря на то что внешне данная методика связана с оценкой механизмов опосредованного запоминания, фактически ее основная нагрузка имеет отношение к процессам мышления, воображения и образования ассоциаций.

Для проведения методики необходимы специально подготовленные наборы слов (понятий), бумага и карандаш.

Рекомендован стандартный набор, состоящий из 18 таких понятий, из которого могут быть отобраны 12–16. С учетом того, что эти понятия отбирались около 50 лет назад, возможно привлечение и других слов, представляющих интерес для опосредования.

Веселый праздник, тяжелая работа, развитие, вкусный ужин, смелый поступок, болезнь, счастье, разлука, ядовитый вопрос, дружба, темная ночь, печаль, справедливость, сомнение, теплый ветер, обман, богатство, голодный ребенок.

Испытуемому поочередно зрительно или на слух предъявляются указанные слова или фразы и предлагается их запомнить, а для лучшего запоминания разрешается делать на бумаге какие-либо простые зарисовки или ставить условные знаки. Записывать что-либо словами или числами запрещается.

После того как ряд слов обозначен подобным образом, больному предъявляют сделанные им рисунки, по которым он и должен воспроизвести нужные понятия. Тем самым в качестве вспомогательного средства для запоминания испытуемый использует характерные признаки стимула, доступные для условного изображения.

К числу анализируемых в дальнейшем данных можно отнести:

- содержание образов-пиктограмм;
- пояснения к рисункам, даваемые испытуемыми;
- данные наблюдения за поведением испытуемого в период эксперимента;
- формальные качества пиктограмм (размер, способ расположения и т. п.).

Критериями оценки при работе с методикой являются:

1. Доступность обобщенной символизации слова, особенно по отношению к словам, сложным для опосредования («справедливость», «сомнение», «развитие» и т. п.). Трудности подобного рода возможны при умственной отсталости и эпилепсии.

2. Адекватность ассоциаций, в отличие от выхолощенности, бессодержательности, бедности, нелепости, что вытекает не только из содержания самих пиктограмм, но и из получаемых к ним пояснений. Негативная сторона этого качества типична для шизофрении. Восприятие сквозь призму своих вкусов и стремлений, эгоцентричность восприятия наблюдаются у эпилептиков и некоторых психопатов (С. Я. Рубинштейн).

3. Конкретность (без логической переработки) — абстрактность либо метафоричность, способная достигать степени неопределенности.

4. Стандартность (банальность) — оригинальность (оценивается по степени совпадения образов у разных испытуемых).

5. Восстанавливаемость понятий, то есть удельный вес понятий, которые удалось удачно воспроизвести с опорой на соответствующие пиктограммы.

К регистрируемым особым феноменам относятся: ассоциации по созвучию; сверхабстрактность символики; недифференцированные изображения; «шоковые» реакции; употребление буквенных обозначений; стереотипии; высказывания испытуемых и т. д.

Здоровые испытуемые имеют высокую продуктивность опосредованного запоминания при наличии ошибок замены синонимического характера и при преобладании атрибутивных (вырисовывается типичный фрагмент ситуации, через которую реализовывается понятие: «веселый праздник» — «флажок») и конкретных, лишенных эмоциональной значимости пиктограммах.

У больных шизофренией складывается специфический симптомокомплекс, состоящий из следующих элементов [Херсонский, 2003]:

1) недостаточное или искаженное понимание смысла задания;
2) снижение числа атрибутивных и стандартных образов;

3) снижение числа адекватных образов в пользу пустой символики, ассоциаций по звучанию, на основании чувственного впечатления, отдаленных связей;
4) наличие атипичных стереотипий, приобретающих форму персевераций — переноса элемента из рисунка в рисунок;
5) часто вычурное употребление букв при придании им сходства с конкретными изображениями, замещение рисунка буквой;
6) атипичное расположение рисунков.

Данные изменения выражены не у всех больных шизофренией, различной может быть и степень их проявления; это зависит от формы течения, стадии заболевания, особенностей психопатологического синдрома. Наиболее ярки эти изменения у больных в состоянии обострения, при выраженной аффективной патологии (исключая депрессию).

По данным того же автора, согласующимся с более ранними исследованиями Гиты Васильевны Биренбаум (1903–1952) [Биренбаум, 1934], при наличии органических изменений со стороны мозга симптомокомплекс, улавливаемый с помощью использования пиктограмм, сводится к следующим изменениям:

1) недоступность понимания смысла задания, что связано со снижением уровня интеллекта и проявляется либо в полном непонимании инструкции, либо инструкция понимается искаженно, в ней улавливается лишь один элемент;
2) невозможность выбора образа на абстрактные понятия;
3) отсутствие геометрических и грамматических символов;
4) снижение числа атрибутивных и метафорических образов;
5) в структуре конкретных образов преобладание фотографических, часто фрагментированных;
6) чрезмерно выраженная стереотипия, имеются прямые персеверации;
7) недостаточная дифференцированность изображения;
8) снижение продуктивности опосредованного запоминания (иногда испытуемые не запоминают даже те понятия, на которые выбраны адекватные образы).

Очевидно, что подавляющее большинство регистрируемых симптомов при работе с данной методикой имеет отношение не только к мнестическим процессам, но и к процессам мышления, мотивационной сфере, и они приводятся в этом разделе для обеспечения соответствующих ссылок.

При анализе образов пиктограмм также следует учитывать их абстрактность, индивидуальную значимость, частоту встречаемости (стандартные, повторяющиеся, оригинальные), адекватность.

МЕТОД ПАРНЫХ АССОЦИАЦИЙ [Calkins, 1894; цит. по: Фресс, Пиаже, 1973; Блейхер, Крук, 1986; Зинченко, 2000].

Методика, разработанная М. Калкинсом, а также Г. Мюллером и А. Пильцеккером (под названием метода удачных ответов), — это один из вариантов исследования опосредованного запоминания. Испытуемому последовательно предлагаются пары стимулов (слогов, слов, чисел, фигур и т. п.). Чаще всего используются слова, которые четко через паузы зачитываются испытуемому со специальным ударением на первом слове пары. Например: река — море, яблоко — груша и т. д. Весь ряд предъявляется один или несколько раз, но число предъявлений (с учетом длины ряда) не должно обеспечивать 100% правильных ответов.

Затем экспериментатор зачитывает первое слово каждой пары, а обследуемый должен назвать второе слово. При этом порядок следования пар изменяют, чтобы преодолеть влияние положения отдельных пар в ряду. Количество правильно воспроизведенных вторых элементов пар является показателем прочности образовавшихся ассоциаций. Обычно

4 Зак. 4109

здоровые обследуемые выполняют задание после двух повторений, а иногда сразу, после первого зачитывания слов.

Анализ словесных отчетов позволяет устанавливать характер ассоциаций, к которым прибегают испытуемые для запоминания.

С целью отслеживания влияния различного характера ассоциативных отношений на процессы запоминания В. М. Блейхер и И. В. Крук рекомендуют применять модифицированный вариант парных ассоциаций, разработанный Ю. А. Машеком.

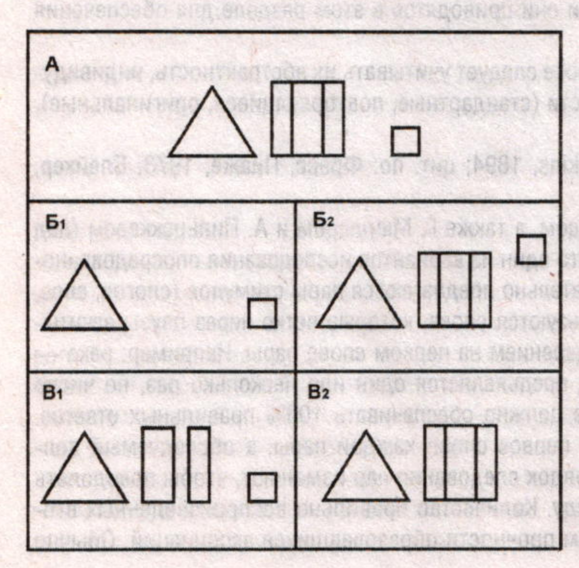
В этой версии обследуемому для запоминания предлагается 10 групп парных ассоциаций, составленных по определенному принципу смысловой связи. Это различные отношения понятий:

- противоположные понятия (юг — север, любовь — ненависть);
- понятия различной величины (холм — гора, страх — ужас);
- вместилище и вмещаемое (графин — вода, шкаф — одежда);
- причина и следствие (укол — боль);
- часть и целое (слово — фраза, зерно — колос);
- орудие и объект труда (земля — лопата);
- абстрактные и конкретные понятия (искусство — картина);
- образующие суждение (орел — птица);
- привычные словосочетания (точка — тире);
- трудносочетаемые слова (курица — портсигар).

После проверки запоминания каждой группы слов устраивается перерыв на 2 минуты, а после предъявления пяти групп — на 30 минут. Сопоставление получаемых результатов у одного и того же больного при исследовании пробами на запоминание позволяет судить о большей или меньшей сохранности механической и логической (смысловой) памяти, сравнить показатели непосредственного и опосредованного запоминания.

ТЕСТ ЗРИТЕЛЬНОЙ РЕТЕНЦИИ БЕНТОНА (Arthur Lester Benton, 1909–2006) [Benton, 1974; Блейхер, Крук, 1986; Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997; Бурлачук, Морозов, 1999].

Методика предназначена для исследования зрительной памяти и пространственного восприятия по репродукции предъявляемых больному геометрических фигур. Материал методики включает три эквивалентных серии карточек (C, D, E) по 10 карточек в серии, на каждой из которых изображены простые геометрические фигуры (1–3). Каждый образец для запоминания на 10 секунд показывается испытуемому, после чего он должен его воспроизвести на листе бумаги или специальном бланке с максимальной точностью по форме, величине и взаимному расположению фигур, если их несколько. Успешность оценивается по числу правильно воспроизведенных изображений (правильно — 1 балл, неправильно — 0 баллов). Например, на картинке для исследования по Бентону нарисованы две главные, крупные фигуры и одна мелкая.



Неправильным считается ответ, в котором присутствует хотя бы одна из нижеперечисленных ошибок: пропуск целой фигуры; деформация фигуры; персеверация (ошибочное повторение фигуры с предыдущей карты); ротация (поворот фигуры на 45°, 90° или 180°); неверная локализация; неверная величина.

Таким образом, оценка за одну серию из 10 картинок будет лежать в диапазоне от 0 до 10 баллов. При необходимости может учитываться и время воспроизведения рисунка, а для исследования конструктивных функций больного возможна замена инструкции с запоминания на копирование рисунков с визуальной опорой на образец.

Больные с органическими поражениями мозга обычно получают не более 4–5 баллов. Больные неврозами получают в среднем 6–8 баллов. Больные шизофренией (с дефектом) — 6–7 баллов. Норма получает в среднем 8–9 баллов, но может быть и 7, и даже меньше при сниженном интеллекте [Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997].

Для патопсихологии большую ценность представляет качественный анализ хода исследования и полученных результатов.

В частности, В. М. Блейхер и И. В. Крук [1986] предлагают выделять так называемые «органические» ошибки, встречающиеся у лиц, страдающих церебральной патологией: больной разделил на фрагменты одну из основных фигур (иногда такое расчленение оригинала приводит к невозможности опознания фигуры — образца) либо воспроизвел все фигуры в одной величине; полный или частичный пропуск малых фигур; повторение (дубликация) малых фигур; дубликация основной фигуры; расположение периферической фигуры между главными или внутри главной; поворот фигур на рисунке на 90°.

Примерами ошибок при тяжелой органической церебральной патологии являются: тенденция к деформации фигур по размерам, повторение главной фигуры в одном и том же образце, повторение элементов фигуры в образце, контаминация (сплавление) фигур, тенденция к персеверации фигур, значительное искажение фигур, вставки в фигуры, полный пропуск образца.

Отмечено, что наличие одной «органической» ошибки возможно и у психически здоровых лиц, что может быть объяснено фактором переутомления. Наличие двух «органических» ошибок представляет большую редкость даже у очень старых, но психически здоровых обследуемых.

Разработаны две дополнительные усложненные формы F и I, каждая из которых содержит 15 заданий по 4 набора фигур.

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ РАССКАЗОВ [Бернштейн, 1921; Bartlett, 1932; Бартлетт, 1959; Римские (ред.), 1995; Рубинштейн, 1998; Бизюк, 2005; Семаго, Семаго, 2005].

Методика построена на теоретических и экспериментальных изысканиях английского психолога Фредерика Чарльза Барлетта (Fredrick Charles Bartlett, 1886–1969), который, в отличие от немецкого психолога Германа Эббингауза (Hermann Ebbinghaus, 1850–1909), отказался от «чистого» исследования памяти с помощью бессмысленных слогов и перешел к более естественному и «экологически корректному» запоминанию текстовых фрагментов, в качестве которых выступали отрывки из сказок американских индейцев.

С. Л. Рубинштейн [2000] по этому поводу писал, что осмысленное запоминание подчинено иным закономерностям, чем механическое воспроизведение на основе ассоциаций по смежности. При воспроизведении осмысленного текста его основные, наиболее существенные по смыслу части воспроизводятся значительно лучше; забывается по большей части второстепенное, несущественное. Вместо механического воспроизведения смежных частей, которое должно было бы иметь место согласно законам ассоциации, фактически происходит значительно более сложный процесс смыслового отбора. Сам текст при этом

подвергается более или менее значительной реконструкции. Воспроизведение в этих случаях определяется не смежностью, а может совершаться вопреки связям по смежности, в соответствии со смысловыми связями.

В современной версии испытуемому зачитывается короткий и, как правило, не сложный по сюжету рассказ (если не ставятся специальные сравнительные цели исследования) и предлагается по памяти повторить или записать его. Затем то же самое проделывается с другими заранее подготовленными рассказами.

Довольно часто в качестве стимульного материала используются басни или поучительные рассказы Льва Толстого и других авторов, позволяющие впоследствии обсудить их смысл и мораль.

Примеры текстов:

Галка и голуби

Галка услыхала, что голубей хорошо кормят; выкрасилась в белый цвет и полетела в голубятню. Голуби подумали, что она тоже голубь, и приняли ее. Но она не удержалась и закричала по-галочьи. Тогда голуби увидели, что она галка, и выгнали ее. Она вернулась к своим, но те ее не признали и тоже не приняли.

Самые красивые

Летела сова. Навстречу ей летели другие птицы. Сова спросила:

— Вы не видели моих птенцов?

— А какие они?

— Самые красивые!

Рассказ для маленьких детей

Жил-был мальчик. Звали его Ваня. Пошел Ваня с мамой на улицу гулять. Побежал Ваня быстро-быстро, споткнулся о камень и упал. Ударил Ваня ножку. И у него ножка сильно болела. Повела мама Ваню к доктору. Доктор завязал ножку, и она перестала болеть.

В итоге устанавливается, насколько полно больной передает содержание каждого из них, не вплетает ли он в пересказ дополнительные ассоциации, не смешиваются ли элементы разных рассказов, нет ли искажений при сравнительно метком понимании подтекста, нет ли замены одних действующих лиц другими.

Довольно часто подобные симптомы, сопровождающиеся персеверациями и инертностью, встречаются при сосудистых заболеваниях головного мозга. С. Я. Рубинштейн [1986] указывает, что больные шизофренией, которые в состоянии ремиссии не обнаруживают явных расстройств мышления в устной речи, начав письменный рассказ, иногда такие расстройства демонстрируют.

Довольно грубые дефекты воспроизведения рассказов встречаются при корсаковском синдроме, старческом слабоумии, на фоне выраженной аспонтанности, являющейся признаком расстройства мотивационной сферы.

Некоторого улучшения воспроизведения в ряде случаев можно добиться путем наводящих вопросов.

У умственно отсталых детей слабость мышления мешает им выделить существенное в подлежащем запоминанию материале, связать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные, побочные ассоциации. В ряде исследований показано, что при воспроизведении рассказов ученики вспомогательных школ повторяют отдельные слова, фразы из рассказов, но не могут изложить своими словами основной смысл или сюжет [Рубинштейн, 1986].

Материал методики позволяет эффективно оценивать, помимо мнестических процессов, когнитивные и эмоциональные особенности испытуемых, особенно детей, когда речь

идет о принципиальном понимании смысла рассказа, а особенно — понимании его скрытого смысла. Решающую роль в качественном оценивании этой стороны играют задаваемые ребенку вопросы [Семаго, Семаго, 2005].

Контрольные вопросы

1. Какие виды запоминания обычно используются в методиках, предназначенных для характеристики памяти?
2. Ответы на какие важные с позиции патопсихологии вопросы должны быть даны при исследовании мнестических процессов?
3. Какой аспект мнестической деятельности исследуется с помощью методики «Заучивание 10 слов»?
4. Опишите характер исследования по методике запоминания зрительных образов.
5. Какова технология работы со стимульным материалом при оценке кратковременной памяти по методу Джекобсона?
6. В чем специфика экспериментального исследования опосредованного запоминания?
7. Какие психические процессы могут исследоваться с помощью методики «Пиктограммы» и какие симптомокомплексы улавливаются при подобном обследовании?
8. Опишите технологию проведения исследования опосредованного запоминания методом парных ассоциаций.
9. Какие варианты неправильных и патопсихологически значимых ответов возможны при исследовании по методике «Тест зрительной ретенции»?
10. Каковы теоретические предпосылки и цели исследования по методике «Воспроизведение рассказов»?

2.6. ВНИМАНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

Корректное определение внимания в современной психологии встречается с проблемой неоднозначной его трактовки разными учеными. При этом доминируют две точки зрения, каждая из которых имеет своих сторонников.

В соответствии с первой из них, **внимание** является самостоятельным видом психической деятельности, содержанием которой становится *контроль* за любой формой другой психической деятельности [Гальперин, 1958]. Результатом внимания выступает рост эффективности той деятельности, на которую это контроль направлен.

В соответствии со второй точкой зрения, **внимание** своего психического содержания не имеет и определяется как *состояние* других психических процессов и сознания в целом, заключающееся в их *направленности* на определенные объекты и явления, имеющие для личности известную значимость в момент деятельности. Таким образом, сосредоточенность начинает пониматься как степень погружения в какие-либо операции деятельности [Добрынин, 1959]. По словам С. Л. Рубинштейна [2000], «внимание выражает специфическую особенность процессов, направление которых регулируется деятельностью, в которую они включены» [с. 456].

Возможен подход к вниманию как фильтру, обеспечивающему селекцию приоритетной информации в процессе ее приема и переработки, как ресурсу психической энергии, привлечение которой зависит от требований текущей деятельности, как управлению и согласованию субъектом внешних и внутренних операций в процессе приема и переработки информации.

С феноменологической точки зрения **внимание** — *это избирательный процесс, обеспечивающий выделение существенных для деятельности объектов и их элементов, а также контроль за организацией психической деятельности в целом.* Строго говоря, основные задачи, которые решает внимание, — это выбор и удержание заданного объекта в поле его информационной обработки, в так называемом фокусе сознания. Объект или явление, попавшие в зону внимания, приобретают большую ясность и отчетливость по сравнению с теми, что в сферу внимания не попадают, и в их отношении со временем можно наблюдать эффект смены содержания сознания.

Подобно памяти внимание относится к сквозным психическим явлениям, поэтому, с опорой на структуру психической организации человека возможно рассмотрение внимания и как процесса (или стороны какого-либо психического процесса: например, сенсорное, перцептивное, интеллектуальное внимание), и как состояния (например, состояние сосредоточенности), и как свойства личности (например, внимательность).

В зависимости от уровня психической регуляции принято рассматривать внимание непроизвольное, произвольное и послепроизвольное.

Непроизвольное (пассивное) внимание — это филогенетически более ранняя его форма, реализующаяся на инстинктивном уровне и обеспечивающая самый элементарный тип приспособления к внешней среде путем выделения из нее преимущественно тех раздражителей, которые заметно по своим качественным особенностям и количественным (главным образом интенсивностным или активностным) характеристикам, а также по внезапности возникновения или прекращения действия, по новизне отличаются от привычных и высоковероятных.

Непроизвольное внимание привлекают раздражители, которые могут нести потенциальную угрозу или отвечают базовым потребностям организма. Оно является непосредственным и не требует никаких специальных усилий. Непосредственное внимание не управляется ничем, кроме того объекта, на который оно направлено. С этой разновидностью внимания ребенок рождается, и у него оно приобретает форму *ориентировочного рефлекса*, который может наблюдаться уже с первых месяцев жизни (поворот глаз в сторону раздражителя, прекращение побочных видов деятельности, отчетливый комплекс дыхательных, кожно-гальванических и сердечно-сосудистых реакций). Многократные повторения одного и того же раздражителя приводят к утрате его новизны и постепенному затуханию непроизвольного внимания.

По сравнению с детскими годами непроизвольное внимание у зрелого человека может обусловливаться более сложными причинами, коренящимися в социальном опыте, как, например, выделение из информационного фона эстетически значимых стимулов — прекрасного или безобразного, либо соответствующих каким-то иным неосознаваемым критериям.

Произвольное (активное) внимание — это высшая его форма, появляющаяся прижизненно как результат взаимодействия с социальной средой. К его определяющим моментам относятся наличие обычно сформулированной на вербальном уровне *цели*, которую ставит перед собой человек, и активного *волевого усилия* по ее удержанию. Последнее обстоятельство особенно ярко проявляется в ситуации сильных отвлекающих помех, мешающих сосредоточению. Частным случаем таких помех может выступать борьба мотивов или конкурирующих друг с другом интересов, каждый из которых сам по себе способен привлечь и удержать внимание. Ключевым звеном в подобных случаях становится решение *выбора*. Таким образом, произвольное внимание диктуется осознанной необходимостью.

Н. Н. Ланге [1976, ориг. — 1893] отмечал следующее важное внутреннее отличие произвольного внимания от непроизвольного: цель процесса заранее известна субъекту. Иными словами, у него имеется предваряющее знание об объекте внимания (пусть даже и неполное).

Генез произвольного внимания у ребенка опосредуется его общением со взрослыми, причем содержанием этого общения является речевая инструкция, выделяющая из ближайшего окружения предмет, на который внимание должно быть направлено (например, мать одновременно и называет, и показывает ребенку игрушку). Развитие произвольного внимания в раннем возрасте вначале обеспечивает реализацию только тех целей, которые ставятся взрослыми, а затем и тех, которые ставятся ребенком самостоятельно. Так зачатки произвольного внимания начинают обнаруживаться в начале второго года жизни под влиянием речевых инструкций взрослого, и ребенок направляет взор на названный взрослым предмет, а к пятишести годам произвольное внимание может возникать уже под влиянием самоинструкции.

Длительное поддерживание произвольного внимания способно вызывать утомление, из-за чего продолжительность одного вида деятельности (например, игры) у ребенка 2–3 лет в несколько раз короче, чем продолжительность аналогичной деятельности старшего дошкольника.

Произвольные формы внимания вполне определенным образом связаны с деятельностью и уровнем зрелости лобной коры [Лурия, 1973; Семенович, 2005].

Послепроизвольное внимание — этап в преобразовании произвольного внимания, на котором сосредоточение на объекте перестает связываться с волевым усилием и обусловливается ценностью объекта, раскрывающейся в процессе деятельности с ним (по К. Марксу — «наслаждение трудом как игрой физических и интеллектуальных сил» [Добрынин, 1976, с. 258]). С послепроизвольным вниманием связывают наиболее продуктивные формы деятельности.

Традиционно внимание характеризуется такими его свойствами, как устойчивость, объем, переключение, концентрация, направленность и распределение. Вместе с тем приведенный перечень не является общепризнанным в силу неоднозначности факторов, определяющих внимание, и некоторых разночтений в трактовке самих свойств.

Устойчивость — это временная характеристика внимания, длительность привлечения внимания к одному и тому же объекту или к одной и той же задаче, обеспечивающая раскрытие в них нового содержания. Это показатель умственной работоспособности (сопротивление утомлению). Важными факторами, способствующими длительному поддержанию внимания, являются интерес, отношение к объекту, то есть эмоциональные аспекты, а также качество и разнообразие материала, на котором происходит сосредотачивание [Рубинштейн, 2000].

Экспериментальные исследования показали, что внимание подвержено периодическим закономерным изменениям. Период выхода из состояния устойчивости лежит в диапазоне от нескольких секунд до нескольких минут и зависит от возраста человека, от функционального состояния нервной системы и степени утомления. Кроме того, внимание имеет тенденцию меняться в соответствии с суточными и недельными ритмами.

Каких-либо общепринятых показателей длительности, по которым можно было бы относить внимание к категории устойчивого или неустойчивого, не разработано. Устойчивость внимания может оцениваться различно, в зависимости от вида внимания, а также в зависимости от содержания и характера производимой деятельности.

Иногда в качестве самостоятельной характеристики внимания, противопоставляемой устойчивости, но являющейся нормальным феноменом, рассматривают его **колебания**, под которыми может пониматься различное содержание. В ряде случаев под колебаниями подразумевают непроизвольные изменения его интенсивности, выражающиеся в изменениях ясности ощущений, в других случаях их отождествляют с динамическими характеристиками внимания, выражающимися в смене образов при восприятии двойственных изображений. Колебания внимания при этом могут возникать даже при самом сосредоточенном и устойчивом внимании.

Объем внимания (широта) — максимальное количество объектов, элементов или ассоциаций, которые могут быть одномоментно (менее чем за 0,1 сек) восприняты с одинаковой степенью ясности. По мнению В. И. Гинецинского [1997], этот параметр имеет пространственно-временной смысл. Объем внимания взрослого человека в среднем составляет 5–7 простых, не связанных между собой объектов (букв, цифр, геометрических фигур), у детей — 3 ± 2. Количество сложных, структурированных, связанных между собой объектов, объединенных в осмысленное целое, может быть больше. Здесь просматривается теснейшая связь с объемом восприятия и кратковременной памяти. Несомненную роль в определении объема внимания играет ситуационная или индивидуально-личностная значимость того, что попадает в зону внимания. Ограниченность объема воспринимаемого и перерабатываемого материала заставляет человека непрерывно дробить поступающую информацию на части и определять последовательность ее анализа.

Концентрация (сосредоточенность) внимания — это производная характеристика, в известной степени противопоставляемая объему внимания и включающая в себя ограниченность поля восприятия и повышение интенсивности внимания в этом поле. Это степень сосредоточенности на одном объекте или одной операции, предполагающая отвлечение от помех и всего постороннего. Оценка этой характеристики обычно производится по числу отвлечений (допущенных ошибок) при переработке заданного объема информации или за заданный период времени. Физиологической основой сосредоточенного внимания являются оптимальная интенсивность возбудительных процессов тех участков коры головного мозга, которые связаны с данным видом деятельности при одновременном развитии сильных тормозных процессов в остальных частях коры. По мнению Титченера, способом исследования концентрации внимания мог бы стать эксперимент с воздействием постепенно усиливающегося побочного раздражения до его «заметности» для занятого какой-то деятельностью испытуемого.

Распределение внимания — способность человека совершать несколько рядов действий или следить за несколькими независимыми процессами, не теряя ни одного из поля внимания [Рубинштейн, 2000]. Это свойство тесно связано с объемом внимания, но здесь подразумевается параллельное существование не одного, а по крайней мере двух фокусов внимания. Характеристиками распределения внимания в эксперименте являются временные показатели, полученные в результате сопоставления длительности правильного выполнения одной задачи и выполнения этой же задачи совместно с другими (двумя или более) задачами. Замечено, что для успешного выполнения одновременно двух видов деятельности один из них должен быть доведен до автоматизма, причем легче совмещать двигательную и умственную деятельность.

В ряде исследований существование такой специальной характеристики внимания, как распределение, ставится под сомнение. Вероятнее всего, впечатление распределения создается за счет способности человека быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, успевая возвращаться к продолжению прерванного до того, как наступит забывание.

Это значит, что распределение внимания и его концентрация в ряде случаев находятся в определенных отношениях между собой — чем выше концентрация внимания, тем более затруднено его распределение. Но эта закономерность реализовывается только тогда, когда между выполняемыми психическими операциями имеется конкуренция. Если, например, одно из действий осуществляется в автоматизированном режиме, а второе требует волевых усилий, противоречий между распределением и концентрацией внимания не возникает.

Переключаемость (гибкость) внимания — сознательное, преднамеренное перемещение, перенос его направленности и сосредоточенности с одного объекта на другой или с одного вида деятельности на другой в связи с изменившимися условиями или в связи с

постановкой новой задачи. Данная сторона внимания проявляется в скоростных характеристиках этого переноса. В целом переключаемость внимания означает способность быстро ориентироваться в сложной ситуации.

В принципе, переключение внимания может осуществляться как на непроизвольном, так и на произвольном уровне. При первом обстоятельстве в частных случаях это может свидетельствовать о его неустойчивости, но, с другой стороны, то же свойство внимания благоприятствует временному отдыху соответствующей функциональной системы, сохранению и восстановлению работоспособности ЦНС в целом (например, при утомлении ребенка). При напряженной деятельности в нервных клетках наступает охранительное торможение, в результате чего в тех центрах, которые до этого были заторможены, повышается активность, и внимание переключается на посторонние раздражители.

Преднамеренная перестройка внимания всегда сопровождается некоторым нервным напряжением, реализуемым волевым усилием. Легкость/трудность переключения внимания зависит от целого ряда причин: наличия или отсутствия связи между содержанием предшествующей и последующей деятельности, наличия интереса к объектам внимания, степени законченности предыдущей деятельности, значимости и ясности цели деятельности, свойств нервной системы испытуемого и др.

Направленность (избирательность) внимания — его обращенность к тем или иным объектам внешнего мира либо мыслям, чувствам и воспоминаниям, настроенность на них. В этом аспекте внимания определенно присутствует компонент ориентировочно-исследовательской деятельности, частично осуществляющейся на уровне подсознания. Избирательность внимания связана с ограниченностью произвольной регуляции объема внимания при разрозненных стимулах, что требует постоянного выделения субъектом каких-либо объектов, находящихся в сенсорно-перцептивной зоне, а невыделенные объекты начинают для них выполнять функцию фона. Избирательность внимания может рассматриваться и в моторном отношении, как затормаживание одних движений в пользу других, способствующих облегчению восприятия.

Количественным параметром избирательности внимания считается скорость осуществления испытуемым выбора стимула из множества других, а качественным — точность, то есть степень соответствия результатов выбора исходному интересу, мотиву, внешней или внутренней инструкции.

Ряд авторов указывает, что если само внимание понимать как направленность психической деятельности, то последняя оказывается лишь его феноменологической характеристикой и, следовательно, не может выступать как свойство внимания.

Все измеряемые количественно свойства внимания, а также его качественные характеристики могут подвергаться изменениям или искажениям, проявляясь в своих патологических формах различной степени выраженности.

В силу многочисленности характеристик или сторон внимания, а также его форм, столь же многочисленны и его расстройства, которые крайне редко встречаются в изолированном виде, сочетаясь в различных комбинациях. Нарушения внимания могут наблюдаться при разных психических и соматических заболеваниях. Возможны нарушения внимания и при аффективных реакциях и состояниях у здоровых людей, на фоне утомления.

Рассеянность внимания — один из наиболее распространенных терминов, описывающих расстройства внимания, главным образом на бытовом уровне. Под ним могут подразумеваться два противоположных явления. В первом случае человек не способен сосредоточиться на какой-либо деятельности из-за того, что любой побочный или второстепенный раздражитель начинает переадресовывать внимание. В результате уже запущенный процесс восприятия,

мышления или поведенческий акт не доводятся до конца. Эта форма рассеянности в силу слабости произвольных механизмов типична для детей, из-за чего получила название «школьной рассеянности». Во втором случае, напротив, степень сосредоточенности на каком-то значимом объекте или проблеме столь велика, что остальные раздражители, в том числе и важные для актуального реагирования, перестают субъективно существовать, что послужило основанием для обозначения этой формы рассеянности как «профессорской».

Рассеянность может описываться и в более строгих категориях — отвлекаемости и сужения объема внимания.

Отвлекаемость (неустойчивость, уменьшение глубины) внимания характеризуется преобладанием пассивного внимания над активным, быстрым изменением направленности, неспособностью сосредоточиться на нужном объекте, поверхностностью и неустойчивостью внимания, ослаблением наблюдательности. Отвлекаемость внимания не обоснована ни ситауационно, ни мотивационно. Больные не доводят начатое до конца, им трудно развить мысль до логического завершения, вопросы выслушиваются невнимательно, ответы даются невпопад, не продумываются. Больные все время переключаются на посторонние объекты или события, воспоминания и соображения.

Физиологическое объяснение отвлекаемости — это или внешнее торможение, вызванное посторонними раздражителями, или продолжительное действие одного и того же раздражителя. Отвлекаемость наблюдается как при астенических, так и при маниакальных состояниях, на фоне церебрального атеросклероза. Полная неспособность сосредоточиться возможна на фоне расстройств сознания, при поражении лобных долей (внешне выражаясь так называемым «полевым поведением»), при умственной отсталости.

Гиперметаморфоз — специфическая сверхотвлекаемость внимания, типичная для состояния (симптома, аффекта) крайней растерянности. В этом состоянии при незначительных изменениях в окружающем (движения врача, колеблющаяся занавеска, случайные звуки — бой часов, звук капающей из крана воды и т. п.) больной реагирует на них мимикой, движением или словами регистрирующего содержания («На вас белый халат»; «Вот вода капает»; «Часы пробили»). Гиперметаморфоз существует и при отсутствии каких-либо заметных внешних раздражителей [Морозов, 1988]. Высказывания больных, как спонтанные, так и при задаваемых им вопросах, бедны словами, сбивчивы, прерываются паузами, продолжительным молчанием. Это расстройство внимания наблюдается при острых нарушениях психической деятельности, а также может возникать на высоте маниакального возбуждения.

Сужение объема внимания проявляется неспособностью удерживать в поле произвольной целенаправленной деятельности ожидаемое число объектов, образов и представлений и свободно оперировать ими. Легко теряются из виду различные требования к деятельности, перестают приниматься в расчет необходимые условия, больные становятся рассеянными и забывчивыми, случайное отвлечение в беседе не позволяет вернуться к прерванной мысли, прерванная деятельность может сопровождаться утратой ее конечных целей. Сужение объема внимания особенно заметно по ошибкам в умственной деятельности, при которой количество операций или промежуточных результатов становится большим, чем может удержать активное внимание (например, при последовательных устных расчетах). Яркий пример резкого сужения объема внимания приводит Е. Блейлер [1920]. Больной прогрессивным параличом прыгает из окна за увиденным на земле окурком, забывая, что находится на втором этаже здания и прыжок опасен [цит. по: Жмуров, 1994]. Очевидно, что сужение объема внимания будет сопровождаться и смежным расстройством — *ослаблением способности к его распределению*. Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Тугоподвижность (инертность) внимания — неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного объекта, явления или деятельности на другие, инертность установок, прилипчивость, склонность к детализации. Возникает утрированно выраженная концентрация внимания на чем-то, что уже потеряло ситуативную значимость. Так, например, больной не в состоянии следовать за изменением тематики завязавшейся беседы или же следить за переменой окружающей его обстановки. Эти феномены могут проявляться как индивидуальная особенность, в основе которой лежит подвижность нервных процессов, но могут быть и следствием патологических изменений, например, при эпилепсии, при органических изменениях со стороны мозга. У ребенка инертность или тугоподвижность внимания проявляется в поглощенности каким-нибудь занятием, когда он может не откликаться на обращенную к нему речь, не реагировать на важные для него события и впечатления.

Истощаемость внимания — прогрессивное снижение способности к длительному сосредоточению на определенном явлении или деятельности (особенно монотонной), быстрый переход активного внимания в пассивное. После короткого периода эффективной работы появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость, теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость. Наблюдается при утомлении, астенических состояниях, неврастении, при органических поражениях мозга различной степени.

Нарушение направленности внимания — внимание избирательно переориентируется на отдельные эмоционально небезразличные явления, которые вытесняют восприятие других важных сторон жизни, что предполагает частичное выключение высших произвольных форм внимания. К числу феноменов подобного рода могут быть отнесены поглощенность самоанализом (патологическая рефлексия), полное сосредоточение на своем самочувствии и болезненных ощущениях, фиксация на мрачных сторонах жизни или только на прошлом и т. п. В отличие от других форм расстройств, в данном случае ключом к специфике нарушений является содержание объекта внимания (мотивационный компонент), а не его количественные или скоростные характеристики. Патологическая рефлексия чаще всего встречается в начале шизофрении, дебютирующей в подростковом и юношеском возрасте. Ипохондрическая фиксация внимания выступает одним из важных признаков ипохондрического синдрома.

Апрозексия — выключение как произвольного, так и непроизвольного внимания, полное отсутствие интереса к происходящему и невозможность пробудить этот интерес с помощью внешнего поощрения. Наблюдается при поражении лобных долей мозга, ранней детской шизофрении, при умственной отсталости, при черепно-мозговых травмах.

Парапрозексия — своеобразное нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта или события. Например, спортсмен на старте из-за избыточного ожидания пропускает выстрел стартового пистолета.

Расстройства внимания могут рассматриваться и под углом зрения нейропсихологической проблематики. Здесь выделяют два класса расстройств внимания:

1) модально специфические, вызванные локальными поражениями мозга, затрагивающими корковые проекции различных анализаторных систем; при подобных поражениях дефект внимания распространяется только на раздражители, поступающие через соответствующий (зрительный, слуховой или кожно-кинестетический) анализатор;
2) модально неспецифические, вызванные поражениями энергорегулирующих систем мозга, что приводит к ухудшению внимания во всех сферах и в отношении всех раздражителей.

Известной спецификой обладает внимание и при ряде психических расстройств. Например, больные шизофренией, как указывает В. А. Гиляровский [1954], обычно не обращают на окружающих никакого внимания, не отвечают на вопросы и вообще не реагируют на окружающее и иногда кажутся даже находящимися в состоянии затемнения сознания, но потом обычно оказывается, что все происходившее не прошло мимо их внимания, причем ими были подмечены некоторые малозаметные явления и совсем не бросающиеся в глаза детали.

Контрольные вопросы

1. В чем неоднозначность теоретической трактовки феномена внимания?
2. В чем качественные различия произвольного и непроизвольного внимания?
3. Какие характеристики внимания могут подвергаться изменениям вследствие различных психических расстройств?
4. Какие варианты изменений и клинически выраженных расстройств внимания возможны вследствие психических и соматических заболеваний?

2.7. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ВНИМАНИЯ

КОРРЕКТУРНАЯ ПРОБА [Bourdon, 1895; Семаго, 2005].

Методика предназначена для оценки степени концентрации и устойчивости внимания, изучения врабатываемости, темпа деятельности, признаков утомления, при соответствующей инструкции — переключаемости и влияния различных форм мотивации на продуктивность. Общие принципы исследования по данной пробе были предложены Б. Бурдоном в 1895 г., а ее модификации для отечественной популяции — Владимиром Яковлевичем Анфимовым (1879–1958) в 1908 г. и Анатолием Григорьевичем Ивановым-Смоленским (1859–1982) в 1928 г. Известны и детские варианты этой пробы [Богданова, Корнилова, 1994; Марцинковская, 1998; Бизюк, 2005 и др.].

Исследование производится при помощи специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке букв, цифр, геометрических фигур (возможно, особым образом ориентированных, как, например, колец Ландольта) или рисунков (для детей). Испытуемому предлагается на протяжении контрольного времени не отвлекаясь зачеркивать один из обозначенных в инструкции знаков, просматривая строки бланка, как при чтении. В другом варианте ограничением длительности работы является не время, а объем знаков на одном или более бланках. Тогда специально регистрируется время, затраченное на выполнение всего задания. В любом случае через каждые 30 или 60 секунд по команде экспериментатора («Черта!») испытуемый делает отметку в том месте таблицы, где в это время находится его карандаш.

Фрагменты различных корректурных проб (размер изменен):

С Х А В С Х Е В И Х Н А И С Н Х В Х В К С Н А И С В Х В Х Е Н А И С Н Е В Х А К
В Н Х И В С Н А В С А В С Н А Е К Е А Х В К Е С В С Н А И С А И С Н А В Х Н В К
Н Х И С Х В Х Е К В Х Р В Х Е И С Н Е И Н А И Е Н К Х К И К Х Е К В К И С В Х И

После окончания работы с помощью шаблона («ключа») подсчитывается общее число просмотренных знаков, правильно вычеркнутых знаков, а также количество знаков за каждый из отмеряемых периодов и количество допущенных за эти периоды ошибок (пропусков нужных знаков и лишних зачеркиваний). По полученным числовым данным и по выбранным временным интервалам строится совмещенный график, отражающий динамику (колебания) рассматриваемых показателей. Характер кривых — их форма и наклон, помимо общей продуктивности работы, являются важными индикаторами состояния внимания, в частности свидетельствующими и об отношении человека к исследованию.

С. Я. Рубинштейн [1998] в качестве важнейших рассматривала два показателя этой пробы — скорость (число просмотренных за минуту знаков) и точность (число ошибок за минуту). Чрезвычайно быстрый темп работы, сопровождающийся неточностью, наблюдается при маниакальных и паралитических синдромах, а чрезвычайно медленный — при депрессии. Показатель точности является более чувствительным индикатором общей работоспособности и утомляемости внимания. Психически здоровые молодые люди при 10-минутной работе (по буквенным корректурным пробам) допускают от одной до 10–15 ошибок, а больные с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга за то же время допускают 40–60 ошибок. Поступательное увеличение числа ошибок к концу работы убедительно свидетельствует о пресыщении и истощении внимания.

В психодиагностической литературе предложено довольно много формул количественной оценки результатов корректурной пробы вплоть до подсчета пропускной способности испытуемого в битах. Приведем простейшие из них, позволяющие сравнивать между собой результаты двух и более испытуемых.

Точность работы *(А)* $A = M / N,$

где M — число правильно зачеркнутых знаков; N — общее число знаков, которые следовало зачеркнуть.

Продуктивность *(Р)* $P = A \times S,$

где S — общее число просмотренных колец.

Концентрация внимания *(К)* $K = C^2 / П,$

где C — число строк таблицы, просмотренных испытуемым; $П$ — количество ошибок (пропусков или ошибочных зачеркиваний лишних знаков).

При необходимости инструкция к корректурной пробе может меняться. Например, может осуществляться зачеркивание не одной, а двух или даже трех букв (цифр и т. д.), следующих в определенном порядке. По ходу пробы начиная с определенной минуты экспериментатор может менять зачеркиваемый знак, например если в первой половине пробы необходимо было букву **А** зачеркивать, а **С** обводить кружком, то с четвертой минуты **С** нужно зачеркивать, а **А** — обводить кружком. Зачеркиваемые знаки можно менять и построчно. В данном случае предметом исследования становится переключаемость внимания, которая будет оцениваться путем сравнения числа ошибок до изменения инструкции и после него, особенно в первую минуту, а также общее количество допущенных ошибок по сравнению с пробой, где смена знаков не предусматривалась.

Детям дошкольного возраста (с 6 лет) целесообразно предлагать лишь графические или картиночные корректурные пробы, а в младшем школьном возрасте использовать

бланки с меньшим числом буквенных или цифровых символов большего размера (стандартный бланк для взрослых содержит 40 строк по 40 знаков в строке). Естественно, что перед началом проведения пробы необходимо убедиться в сохранности остроты зрения испытуемого.

ОТЫСКИВАНИЕ ЧИСЕЛ ПО ТАБЛИЦЕ ШУЛЬТЕ (Walter Schulte, 1910–1972) [Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Бурлачук, Морозов, 1999; Кулешова, 2003].

Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций, распределенности и устойчивости внимания, в частности, скорости зрительных ориентировочно-поисковых движений. Может использоваться для обследования детей с 7–8 лет.

Исследование проводят с помощью пяти специальных таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Обследуемый должен находиться на таком расстоянии от таблицы, чтобы видеть ее целиком. Необходимо отыскивать числа по порядку, показывая каждое число и называя его вслух. Затем процедура повторяется для всех последующих таблиц. Время, затрачиваемое на каждую таблицу, фиксируется секундомером. Дополнительно можно учитывать количество чисел, найденных за 30 секунд, или время, за которое отыскиваются очередные пять чисел.

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

После окончания пробы выстраивается график, позволяющий сопоставлять время, затраченное на каждую таблицу («кривая истощаемости»). Существенное значение имеет отслеживание темпа выполнения задания. Обычно здоровые обследуемые ведут поиск чисел в таблицах равномерно, а иногда и с ускорением темпа сенсомоторных реакций при работе с последующими таблицами. Если же поиск неравномерен, необходимо уточнить, является ли это признаком повышенной истощаемости или запоздалой врабатываемости.

«Кривая истощаемости» довольно объективно отражает характер развивающейся астении. При гиперстеническом варианте астении кривая, построенная по таблицам, характеризуется высоким начальным уровнем, резким спадом и тенденцией к возврату к исходным показателям. При гипостенической форме астении кривая истощаемости отличается невысоким исходным уровнем и постепенным и неуклонным снижением показателей деятельности испытуемого без заметных их колебаний в сторону улучшения. Гиперстеническая форма астении более благоприятна в прогностическом отношении.

Иногда при выраженных расстройствах активного внимания больной делает в работе ошибки — пропускает отдельные числа, показывает вместо одного другое, внешне похожее (например, 8 вместо 3). Сочетание нарушенного внимания и повышенной истощаемости проявляется в увеличении количества ошибок при поиске чисел в каждой последующей таблице. Возможны ошибки, при которых испытуемый вместо однозначного числа показывает соответствующую цифру в двухзначном (2 находит в 21). Иногда при наличии слабоумия это происходит из-за неточного понимания инструкции [Блейхер, Крук, 1986].

При работе с детьми младшего школьного возраста рекомендуется руководствоваться следующими критериями оценки [Виноградова, Коновалова, Михаленкова, Посохова,

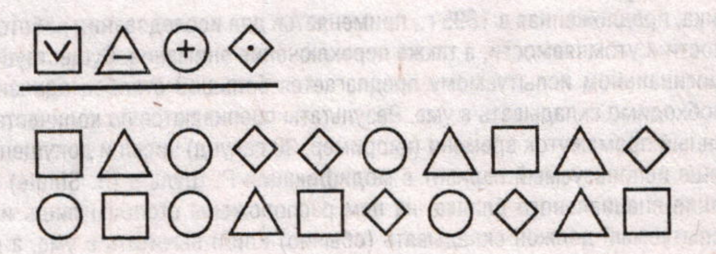
Хилько, Шипицина, 1995]: после расчета среднего времени работы с одной таблицей 1-й уровень — 30–39 секунд, 2-й уровень — 40–49 секунд, 3-й уровень — 50–59 секунд, 4-й уровень — 60–89 секунд, 5-й уровень — 90 секунд и выше.

Существуют усложненные варианты данной пробы, например модификация Ф. Д. Горбова, в 25- или 49-клеточной таблице которой в случайном порядке расположены два ряда чисел — красные и черные. Их поиск необходимо производить в возрастающем и убывающем порядке [Горбов, 1971; Полищук, Видренко (ред.), 1979]. В других модификациях в таблицах, помимо цифр, проставляются и буквы, которые испытуемому необходимо записывать для контроля корректности поиска. В данной модификации дополнительным фактором, влияющим на результаты, становится переключаемость внимания.

МЕТОДИКА ПЬЕРОНА—РУЗЕРА (Henri (Анри) Piéron, 1881–1964) (для детей дошкольного возраста) [Семаго, Семаго, 2005; Немов, 2001]. Как и при корректурной пробе, целью исследования является определение уровня концентрации внимания, его переключения и распределения, врабатываемости в деятельность и утомляемости. Методика также дает представление о скорости и качестве формирования простой программы деятельности, степени развития элементарных графических навыков, зрительно-моторной координации.

Перед началом выполнения задания ребенку показывают бланк (основной стимульный материал — десять строк, каждая из которых заполнена десятью геометрическими фигурами, всего 100 элементов) и объясняют, как с ним работать: в каждой из фигур нужно проставить тот знак, который задан в образцах, расположенных в верхней части бланка. В некоторых случаях целесообразно верхние четыре фигуры на бланке оставлять пустыми для демонстрации того, как их нужно заполнять. Важно, чтобы метки в фигуре не совпадали с ее формой. Знаки нужно расставлять подряд и построчно.

Фрагмент методики:



Экспериментатор в ходе исследования контролирует время с помощью секундомера и подает команды «Начали!» и «Стоп!».

Далее возможны два варианта процедуры исследования — укороченный и полный, с соответствующими способами обработки результатов. При укороченном варианте время работы ограничивается 60 секунд, а оценка производится по количеству просмотренных фигур. При полном варианте ребенок непрерывно работает, выполняя это задание в течение двух минут, а общий показатель переключения и распределения его внимания определяется по формуле:

$$S = (0{,}5N - 2{,}8n) / 120,$$

где S — показатель переключения и распределения внимания; N — количество геометрических фигур, помеченных соответствующими знаками за две минуты; n — количество ошибок (неправильно проставленные знаки или пропущенные фигуры).

Рекомендуется учитывать, с какого момента ребенок начинает работать без опоры на образец (по памяти), интерес к заданию, аккуратность выполнения [Забрамная, 1995].

Н. Я. И М. М. Семаго [2005] приводят следующие возрастные нормативы выполнения данной методики для детей.

К 5–5,5 годам доступно выполнение методики в полном варианте предъявления (заполнение 3 фигур — авторы рекомендуют одну из фигур оставлять пустой) с различными ошибками, в частности пропусками, и достаточно быстро наступающим пресыщением (ребенка хватает обычно не более чем 5–6 строк). Темп деятельности, как правило, неравномерен.

К 6–7 годам доступно выполнение в полном объеме с постепенной врабатываемостью (обычно к концу второй строки ребенок перестает обращаться к образцу) и возможными единичными ошибками. Темп деятельности либо постепенно нарастает, либо, достигнув определенного уровня, остается постоянным. При адекватной мотивации пресыщения не наблюдается.

После 7 лет доступно безошибочное выполнение методики. Большое значение начинает приобретать скорость выполнения и количество «возвратов» к образцу. Хорошими результатами выполнения методики считаются: заполнение 100 фигур бланка в среднем за время до трех минут, безошибочно или с единичной ошибкой, при ориентации не столько на образец, сколько на собственные отметки на бланке.

Исследования внимания у детей дошкольного возраста могут предполагать и использование табличного по характеру организации стимульного материала, в котором задаются беспорядочно разбросанные по ячейкам таблицы простые геометрические фигуры, стилизованные или реалистичные изображения заведомо известных ребенку предметов, один из которых, просматривая таблицу, необходимо везде найти и показать. Подобный способ исследования, по существу, является предельно упрощенным вариантом корректурной пробы.

СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ (Emil Kraepelin, 1855–1926) [Крепелин, 1898; Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998].

Методика, предложенная в 1895 г., применяется для исследования работоспособности, упражняемости и утомляемости, а также переключения внимания. Существует в двух вариантах. В оригинальном испытуемому предлагается большой столбец однозначных чисел, которые необходимо складывать в уме. Результаты оцениваются по количеству сложенных в определенный промежуток времени (например, 30 секунд) чисел и допущенных при этом ошибок. Чаще используемый вариант в модификации Р. Шульте (R. Shulte) предполагает использование специального бланка; на нем расположены столбцы лишь из двух цифр, которые испытуемый должен складывать (обычно) или/и вычитать в уме, а на бланке записывать результат, причем таким образом, чтобы из двухзначных чисел записывалась лишь последняя цифра (единицы записывались, а десятки отбрасывались). Например, если в результате сложения получается 13, то записывается лишь 3.

Для исследования переключения внимания инструкция меняется для каждого ряда пар чисел. Если в первом ряду или первых двух-трех рядах числа нужно складывать, то в очередном, по команде экспериментатора — вычитать и т. д. (инертность будет обнаруживать себя тем, что испытуемый последующее задание будет пытаться выполнять по образцу предыдущего) По числу и характеру ошибок отслеживается, насколько эффективно происходит переход от одной вычислительной операции к другой.

Например:

3 7 5 8 4 6
2 4 2 2 3 8
5 1 7 0 7 4

С помощью контроля интервалов времени можно оценить продуктивность испытуемого и построить кривые (количество операций и допущенных ошибок) для всех отмеченных временных отрезков. В результате с помощью графической интерпретации данных можно получить кривые работоспособности, которые отражают равномерность и темп выполнения задания, выявляют наличие истощаемости (снижения числа операций и увеличения количества ошибок к концу задания), врабатываемости (постепенного увеличения числа операций и уменьшения количества ошибок), расстройства внимания.

МЕТОДИКА МЮНСТЕРБЕРГА (Hugo Munsterberg, 1863–1916) [Шапарь, 2005; Калягин, Овчинникова, 2006].

Направлена на исследование избирательности внимания и помехоустойчивости испытуемого.

В качестве стимульного материала выступают несколько строк расположенных в случайном порядке букв русского алфавита сплошным текстом. Но среди них встречаются осмысленные слова, которые и необходимо обнаружить и подчеркнуть (525 букв, 25 слов). Количественным параметром избирательности внимания можно считать в данном случае скорость выбора стимула из множества других, а качественным — точность, то есть степень соответствия результатов выбора исходным стимулам.

Пример из первых двух строк методики:

бсолнцевтргшоцрайонзгуцновостьхэьгчафактуекэкзаментроч ягшгцпрокуроргцрсеабестеориянтсджзбьамхоккейтронцыуршро

Существует два варианта проведения методики. В первом случае время работы с ней ограничивается 2 минутами, а во втором — испытуемый просматривает текст до конца. Ошибкой считаются пропуск слова и выделение бессмыслицы.

Норма в пересчете на 100 букв:

- время выполнения — 38,0 ± 4,1 секунд;
- количество ошибок — 0,7 ± 0,2.

Т. И. Пашукова, А. И. Допира, Г. В. Дьяконов [1996] предлагают следующую шкалу оценок для данной методики (за каждое пропущенное слово снижается по одному баллу):

Время (в секундах)	Балл	Уровень избирательности внимания
250 и более	0	I низкий
240–249	1	I низкий
230–239	2	I низкий
220–229	3	I низкий
210–119	4	I низкий
200–209	5	I низкий
190–199	6	I низкий
180–189	7	II средний
170–179	8	II средний
160–169	9	II средний
150–159	10	II средний
140–149	11	II средний
130–139	12	II средний
120–129	13	II средний
110–119	14	III высокий
100–109	15	III высокий

Окончание таблицы

Время (в секундах)	Балл	Уровень избирательности внимания
90–99	16	III высокий
80–89	17	III высокий
70–79	18	III высокий
60–69	19	III высокий
Менее 60	20	IV очень высокий

Баллы в предложенной шкале оценок дают возможность установить абсолютные величины качественных оценок уровня избирательности внимания. В случае, когда у испытуемого от 0 до 3 баллов, то важно по самоотчету и наблюдению за ходом опыта выяснить причину слабой избирательности. Ею могут быть: состояние сильного эмоционального переживания, внешние помехи, приведшие к фрустрации испытуемого, скрытое нежелание тестироваться и др.

В большинстве случаев имеется связь пропущенных и найденных слов с индивидуальным опытом и деятельностью тестируемого.

Несмотря на свою внешнюю простоту, данная методика, по сравнению с «классическими» корректурными пробами, предполагает не только активацию перцептивных процессов и связанных с ними усилий произвольного внимания, но и привлечение мыслительных и речевых процессов. Это делает интерпретацию полученных по ней результатов более сложной и требующей дифференциации допущенных ошибок не только в контексте слабости избирательности внимания, но и по речевому развитию.

ПЕРЕПУТАННЫЕ ЛИНИИ (методика Рисса) [Шванцара (ред.), 1978; Платонов, 1980; Кирдяшкина, 1999; Шапарь, 2005; Калюжный, 2007]. Модификацией теста Рисса является проба переплетенных линий А. Рея (Rey Andre) [Rey, 1958].

Предназначена для исследования степени устойчивости зрительного внимания.

Оригинальный вариант методики представляет собой бланк с прямоугольником, в котором от левой стороны к правой проведено 25 перепутанных линий (у Рея — 16). С левой стороны линии пронумерованы. Начиная с первой, необходимо отследить ход каждой линии и поставить с правой стороны тот же номер рядом с ее окончанием либо на специальном бланке написать уже проставленный справа номер, у которого данная линия заканчивается. Отслеживать линии можно только глазами, без использования карандаша или пальца.



Экспериментатор фиксирует время начала и завершения исследования, а также время, за которое испытуемый находит окончание каждых пяти линий по порядку (с первой по пятую, с шестой по десятую и т. д.). На основании полученных пяти временных интервалов и допущенных на их протяжении ошибок можно сделать вывод о влиянии утомляемости на выполнение задания испытуемым.

При наблюдении за испытуемым следует отмечать его установку на скорость или точность, его уверенность в своих действиях, наличие и число перепроверок, попытки помочь себе каким-либо путем, общую легкость выполнения задания.

В. А. Бодров [2003] приводит таблицу, позволяющую пересчитывать количество правильно отслеженных линий в 10-балльную шкалу.

Показатель	Значение показателя									
Общее количество правильных ответов	25	24	23	22	21–20	19–17	16–14	13–12	11–8	7 и менее
Баллы	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Существует большое количество усложненных и упрощенных модификаций этой методики, рассчитанных в том числе и на работу с детьми (число перепутанных линий уменьшается, вводятся элементы игрового характера) [см., например: Данилова, 2000; Забрамная, Боровик, 2004; Чередникова, 1996].

Контрольные вопросы

1. Какие диагностические задачи решаются с помощью различных корректурных проб?
2. Как выстраивается кривая истощаемости внимания при работе с методикой «Таблицы Шульте»?
3. Какая методика и с какими инструкциями часто используется для оценки характеристик внимания у детей дошкольного возраста?
4. Как должно быть построено обследование для оценки функции переключаемости внимания? Приведите пример соответствующей методики.
5. Какие дополнительные факторы влияют на интерпретацию характеристик внимания по методике Мюнстерберга?
6. Какая характеристика внимания оценивается по методике «Перепутанные линии»?

2.8. МЫШЛЕНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

В научной психологической литературе существует много вариантов определения специфики мыслительных процессов, которые, различаясь особенностями использованных терминов и формулировок, объединяются, однако, общностью основных признаков, составляющих специфику мышления по сравнению с сенсорно-перцептивным уровнем познавательных процессов. Большинство исследователей данного уровня отражения реальности сходятся на том, что содержание его определений, по крайней мере в отношении зрелого речевого мышления, должно включать три составляющие.

Во-первых, **мышление** рассматривается как отображение наиболее существенных связей и отношений между предметами и явлениями объективной действительности. Во-вторых, специфика этого отображения усматривается в том, что отображение является обобщенным. И в-третьих, особенность мыслительного отображения видят в его опосредованности, благодаря которой оно выводится за пределы непосредственного опыта.

Исходной основой мышления являются ощущения, образы и представления, аккумулированные в памяти и служащие в дальнейшем составными элементами мыслительных операций. Но мышление по сравнению с другими психическими процессами более низкого уровня, ориентированными на характеристику того, что «здесь» и «сейчас», обеспечивает способность

прогнозировать будущее, реставрировать прошлое, производить идеальные преобразования со сверхмалыми, сверхбольшими и удаленными объектами. По другим дифференцирующим обстоятельствам радикальных различий между мышлением и восприятием не отслеживается (например, уже и в образе могут быть обнаружены метрические пространственные отношения, а параметр «существенности» сам по себе весьма неопределенен; известная обобщенность образа является предпосылкой его константности; критерий опосредованности может быть распространен и на образы-представления, поскольку последние — это образы объектов, непосредственно не воздействующих на органы чувств [Веккер, 1998]).

Мысль оперирует образами, представлениями, понятиями, суждениями, умозаключениями. При этом считают, что образы, представления и понятия — исходные элементы мышления, а суждения и умозаключения — производные от них. Три последние формы мышления — понятие, суждение и умозаключение — изучаются также в науке логике. Их содержание рассматривается ниже.

Исходным пунктом мысли является проблемная ситуация (вопрос или задача), которая трактуется как выражение дефицита информации, необходимой для реализации какого-то действия. Субъективно подобный дефицит переживается и осмысливается как мотив, а частным случаем мотива может оказаться и состояние самого организма. Это осознание проблемной ситуации. Второй шаг — ориентировка в условиях задачи, анализ ее компонентов с выделением наиболее существенных из них. По сути, это уточнение имеющейся полезной информации, которая может быть привлечена для решения. В подобном случае говорят о превращении проблемной ситуации в задачу. Третий этап мышления как процесса — это перебор возможных вариантов искомого решения, оцениваемых по степени их вероятности и выступающих как гипотезы. Смысл этого этапа в ограничении зоны поиска. Четвертая стадия мышления — это проверка гипотез, то есть оценка вероятности каждого из вариантов или его близости к искомой недостающей информации. Пятая стадия мышления — получение ответа на поставленный вопрос или решение поставленной задачи. При этом ответ имеет своим языковым эквивалентом законченное суждение, подтверждающее достижение понимания. В более обобщенном смысле процесс мышления заканчивается созданием или уточнением модели реальности. Исследования П. К. Анохина [1978] показывают, что вслед за достижением решения обязательно следует этап сличения полученных результатов с исходными данными (критика). В случае их соответствия процесс мышления прекращается, если же соответствие не достигнуто, мысль продолжает поиск адекватного решения.

Таким образом, с внешней, инструментальной стороны предметом мышления будет:

а) выявление условий, существенных для решения возникшей или поставленной задачи;
б) поиск средств, ведущих к достижению цели;
в) выполнение необходимых для этого действий (операций).

Описанная последовательность этапов развертки мыслительного процесса — это лишь схема, поскольку по ходу решения задачи индивид способен выявлять все новые не известные ранее условия, которые причинно обусловливают дальнейшее протекание мышления и накладывают на него свой отпечаток, заставляя решать промежуточные и параллельные задачи. Предотвращение ухода в сторону от исходно намеченной мыслительной цели обеспечивается постоянным фоновым контролем в отношении и этих промежуточных целей. В ряде случаев мышление протекает без согласия с законами классической логики, а опираясь на предположения, интуитивные догадки, методом проб и ошибок.

Известно, что у взрослого человека процесс мышления может запускаться и без очевидной внешней проблемной ситуации, лишь на основе уже полученной и хранящейся в долговременной памяти информации.

Конкретными средствами, с помощью которых осуществляется поиск желаемого результата, являются следующие основные мыслительные операции:

- сравнение, вскрывающее сходства и различия между соотносимыми объектами;
- анализ — расчленение целостной структуры объекта или явления на составные элементы, выделение отдельных частей и признаков;
- синтез — мысленное воссоединение элементов в целостную структуру;
- абстракция — выделение общих признаков с пренебрежением единичных, случайных и поверхностных;
- обобщение — мысленное объединение предметов и явлений по их общим и существенным признакам;
- конкретизация — возврат ко всей полноте индивидуальной специфичности осмысливаемого объекта.

Указанные операции не являются рядоположенными и независимыми, поскольку между ними существуют отношения координации и поскольку они представляют собой частные случаи основной операции мышления — опосредования, благодаря которой раскрываются наиболее существенные связи и отношения [Рубинштейн, 2000]. На их основе возникают более сложные операции, такие как классификация, систематизация, установление причинно-следственных связей и др. Ни один из упомянутых психических процессов не является изначально готовой функцией мозга, все они формируются в процессе жизни. Именно этим можно объяснить то, что мышление у разных людей осуществляется по-разному.

У ребенка формирование умственных операций продвигается от материального действия, то есть действия с вещами или их изображениями, к оперированию образами, представлениями, а позднее и понятиями, реализуемыми средствами сначала громкой-внешней речи, а затем и речи внутренней [Гальперин, 2008]. То есть все операции мышления (сравнение, анализ, синтез и др.) возникают первоначально как практические операции и лишь впоследствии становятся операциями теоретического мышления.

В соответствии с этапами созревания мышления в детском возрасте различают следующие его виды: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое (дискурсивное, понятийное, отвлеченное).

Наглядно-действенное (сенсомоторное) мышление опирается на непосредственное восприятие предметов, решение задачи осуществляется с помощью реального, физического преобразования ситуации и опробования свойств объектов, доступных манипулированию. Не только вид действия, но и сам акт наглядно-действенного мышления становится возможным лишь с появлением в поле зрения того или иного предмета. Для него характерно отсутствие учета иерархии воспринимаемых признаков по принципу родовидовых или принципу частное-общее, низкая критичность к своим действиям, непонимание относительности явлений. Данный вид мышления представляет собой «первичный», наиболее ранний вид интеллектуальной деятельности, не связанный с речью, хотя зачатки ее у ребенка уже имеются. По мере усложнения этой формы мышления происходит постепенное отделение выполняемых действий от внешних наглядно воспринимаемых условий. Эта форма мышления характерна для детей примерно до 3 лет, но существуют и зрелые формы ручного мышления, реализующиеся в ряде профессий или в отношении предметов, о которых нет ни знания, ни опыта.

Сенсомоторное мышление, опирающееся на работу памяти, подготавливает почву для первой ступени обобщения получаемого опыта, в полной мере раскрываемого в более поздних наглядно-образном и словесно-логическом мышлении — формировании представлений.

Представление — это «отсроченное отражение», обобщенный образ предмета, возникающий на основе ранее пережитых ощущений и восприятий (без актуального воздействия

на анализаторные системы). Такая универсальная характеристика образа, как обобщенность, выражает отнесенность отображаемого в нем объекта к определенному классу, а класс не может быть содержанием в данный момент совершающегося отражения. Обязательным посредствующим звеном здесь является апперцепция, то есть обращенность к образам, сформированным в прошлом опыте и извлекаемым из памяти в качестве эталонов, с которыми сличается каждый реально в данный момент воспринимаемый объект (например, по параметрам относительной величины, формы, основного цвета и т. п.). Эти эталоны, по сути, и являются представлениями, аккумулировавшими в себе признаки различных единичных образов. Представления обычно менее ярки, чем образы восприятия, но в то же время более схематизированы. От абстрактных понятий они отличаются своей наглядностью, в них отражаются определенные объекты с их конкретными особенностями.

Очевидно, что представления носят индивидуализированный характер, различаясь по содержанию, точности, детализированности и яркости. Эти характеристики являются в значительной степени производными от сенсорной организации человека, частоты встреч с теми или иными объектами, а по мере взросления — от особенностей его мотивационных устремлений. Первые примитивные представления начинают складываться у ребенка примерно с полутора лет.

Наглядно-образное мышление связано с ранее сформировавшимися образными представлениями, в отношении которых и осуществляются мысленные действия. Они могут касаться как целостных образов, так и их отдельных сторон или качеств, в чем начинают усматриваться уже элементы абстрагирования. В каком-то смысле наглядно-образное мышление начинает напоминать воображение, фантазирование и моделирование, поскольку в его законченных формах производится сочетание перцептивных свойств и качеств, ранее не встречавшихся в реальной жизни. Это значит, что в наглядно-образном мышлении начинают реализовываться не только ситуативно возникающие связи, но также более глубокие, скрытые существенные свойства. Данная форма мышления доминирует в дошкольном и раннем школьном возрасте.

В более старшем возрасте главной особенностью образного мышления оказывается недостаточное развитие способности усваивать и использовать понятия, отличающиеся высокой степенью обобщения и абстрагирования. Место понятий занимают природные образы, объекты и явления в их ситуационных отношениях. Вместо отвлеченных образное мышление предпочитает иметь дело с собирательными и конкретными понятиями, преобладают «ситуационные связи», всякий раз меняющиеся в зависимости от конкретных обстоятельств или эмоционального отношения к происходящему. Понимание логических отношений и отвлеченных понятий страдает, особенно если они не иллюстрируются простыми и наглядными примерами. Скрытый, глубокий смысл явлений не формулируется, рассказы о происшедшем пространны и наполнены массой излишних подробностей.

Специфический вариант образного — мышление художественное. Его своеобразие состоит в том, что глубинное чувство, не всегда ясно осознаваемое, выражается посредством конкретных образов действительности или особой системы символов. Подчас очень серьезные мысли излагаются в виде аллегорий, метафор, иных приемов иносказания. Примером художественного мышления могут служить также пословицы, поговорки, притчи [Жмуров, 1994]. Очевидно, что в последнем случае имеет место переход и к следующему виду мышления, реализующего понятийный аппарат.

Словесно (вербально)-логическое (понятийное) мышление характеризуется использованием понятий, логических конструкций и обобщений, которые часто не имеют прямого образного выражения. Оно функционирует на базе языковых средств и представляет собой наиболее поздний этап исторического и онтогенетического развития мышления.

Важнейшая характеристика понятийного мышления — децентризм в противовес эгоцентризму допонятийного мышления. Децентризм выражается в способности перехода от одной частной точки зрения к другой, в способности к смене позиции, в объективации своих действий [Зейгарник, 1986], в том, что человек перестает рассматривать себя как основу системы отсчета и в восприятии (в меньшей степени), и в мышлении. Результатом этого становится «объемное видение», многоуровневая оценка происходящего, возникает возможность правильного соотнесения частного и общего, понимание обратимости мыслительных операций. В связи с этим постепенно формируется способность, в соответствии с законами логики, размышлять об абстрактных отвлеченных проблемах, появляется потребность проверять правильность своих мыслей, учитывать и соотносить одновременно несколько признаков или характеристик объекта, умение ставить себя на место другого. Для понятийного мышления характерны высокая критичность и полнота понимания, включая понимание скрытого, переносного смысла и подтекста, что подразумевает многослойность его оценки.

Вслед за словесно-логическим мышлением (а точнее было бы рассматривать как его высший уровень) иногда специально выделяют *абстрактно-логическое мышление*, в котором подчеркивается способность человека оперировать «отвлеченными» понятиями.

В речевом мышлении основную нагрузку в информационном отношении несет *значение* слова, отражающее объективные связи действительности, и его *смысл*, представляющий результат выбора субъектом из всех значений тех, которые соответствуют его потребностям и мотивам.

Примером наиболее развитой формы отвлеченного мышления может служить научное мышление.

К основным формам словесно-логического мышления относят следующие:

1. Понятие — это форма мышления, в которой отражаются общие и важные свойства предметов и явлений. Понятие существует в виде значения слова, обозначается словом. Есть понятия различного уровня обобщенности, житейские и научные. Кроме того, понятия характеризуются объемом и содержанием, находящимися в обратных отношениях. Чем больше объем понятия, тем беднее его содержание, и наоборот. Формируются понятия на основе восприятия, представлений и других понятий.

2. Суждение — это форма мышления, содержащая утверждение или отрицание какого-либо положения относительно предметов, явлений или их свойств. Суждение раскрывает содержание понятий, связь между двумя понятиями. Это наименьшая единица логического мышления.

3. Умозаключение (силлогизм) — такая форма мышления, в процессе которой человек, сопоставляя и анализируя различные суждения (посылки), выводит из них новое суждение (следствие). Человек пользуется в основном двумя видами умозаключения — индуктивным и дедуктивным. *Индукция* — это способ рассуждения от частных суждений к общему суждению. *Дедукция* — это способность рассуждения от общего к частному суждению.

Мышление — это цепь непрерывно следующих друг за другом суждений и умозаключений, которые должны быть аргументированными и соответствовать окружающей реальности. Мышление у здоровых людей протекает в форме образования связей (ассоциаций) между отдельными мыслями, простейшими из которых являются ассоциации по сходству, пространственной и временной смежности и контрасту.

В настоящее время известно, что наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое мышление — это не только уровни его становления в онтогенезе, но и рядоположенные виды мышления у зрелого индивида, применяемые для решения разного типа мыслительных задач или ориентированные на разные условия (нормальные или

экстремальные). Они постоянно взаимно переходят друг в друга, и фактически, при поиске выхода из любой проблемной ситуации привлекаются компоненты всех трех уровней, что позволяет говорить лишь об относительном преобладании того или иного вида мышления. Их баланс определяется не только возрастными, но и индивидуальными особенностями и связан с преобладанием того или иного типа межполушарной специализации [Брагина, Доброхотова, 1988; Николаенко, 2006].

Помимо рассмотренных трех, существуют и другие многочисленные выделяемые разными авторами виды мышления, которые по разным основаниям противопоставляются друг другу:

- теоретическое и практическое (эмпирическое);
- аналитическое (логическое, дискурсивное) и интуитивное;
- продуктивное (творческое) и репродуктивное;
- непроизвольное и произвольное;
- реалистическое и аутистическое.

Теоретическое мышление направлено на разрешение отвлеченных теоретических задач, лишь опосредованно связанных с практикой; это познание законов, правил, обычно реализующееся в научных понятиях, в их взаимосвязях и зависимостях.

Практическое мышление подготавливает физическое преобразование действительности, непосредственно направлено на решение практических задач, особенностью которых является их частный характер и ограниченность требованиями и временем существования конкретной проблемной ситуации (например, житейской).

Аналитическое (дискурсивное) мышление развернуто во времени и имеет четко выраженные этапы, подчиняющиеся законам и операциям формальной логики, в значительной степени представлено в сознании самого мыслящего человека и направлено на единственно верное понимание основного отражаемого принципа.

Интуитивное мышление — непосредственное «схватывание» ситуации на основе непосредственного отражения воздействий предметов и явлений объективного мира, «усмотрение» решения без осознания путей и условий его получения, без доказательства. Характеризуется быстротой протекания (внезапностью «озарения»), неожиданностью, отсутствием четко выраженных этапов, малой осознанностью, очевидностью результата [Ирина, Новиков, 1978] и связью со значимостью решения в сложных ситуациях (сложностью обстановки, дефицитом времени, необходимостью учета противодействующих сил, высокой ответственностью за каждое решение). Основой интуитивного мышления являются его связь с предшествующим опытом и вероятностные принципы обработки информации. Правильность или ошибочность интуиции устанавливается в конечном счете не самой интуицией, а методом проверки.

Творческое (продуктивное, креативное, дивергентное) характеризуется оригинальностью и изобретательностью, отличается большой самостоятельностью в отборе информации, его результат — создание субъективно нового продукта, ценностей, открытие принципиально новой тактики или стратегии разрешения проблемной ситуации, либо усовершенствование решения ранее рассматриваемых задач. Гармоничными составляющими творческого мышления являются интуиция, неосознаваемые компоненты умственной активности, эмоциональный настрой и воля. В отношении ребенка творческое мышление иногда рассматривается как продолжение или замена игры.

Существенная роль в раскрытии внутренних механизмов творческого мышления принадлежит американскому психологу Джою Гилфорду (Joy Pol Guilford, 1897–1976), который описал два типа поиска решений — конвергентный и дивергентный [Гилфорд, 1965].

Конвергентный характеризуется тем, что человек пытается использовать для решения задач полученный в прошлом опыт и логические размышления, при которых мыслительные усилия концентрируются на поиске единственно верного и в известном смысле предсказуемого результата. Проблема разрешается путем точного и систематического следования какой-то теории или модели либо уже известной системе правил (алгоритму операций). Даже если конкретных решений может быть несколько, то их множество все равно ограничивается этими правилами. Такой стиль мышления по существу **репродуктивен.**

Дивергентный тип мышления является основной составляющей творческой одаренности и востребуется в условиях, когда не существует заранее предписанного или установленного пути решения. В самом общем случае здесь речь идет о множественности, новизне и непредсказуемости решений одной задачи, а это предполагает «веерообразный» поиск по всем направлениям, комбинирование, часто приводящие к оригинальным выводам и результатам. Дивергентное мышление предполагает разрыв с прошлой информацией.

Позднее был описан целый перечень факторов, из которых складывается дивергентное, креативное мышление. Из них чаще других упоминаются следующие:

1. Ассоциативная беглость — способность генерировать большое количество идей за какой-то отрезок времени.

2. Гибкость — способность применять разнообразные и разнонаправленные стратегии при решении проблем, быстро переключаться с одной идеи на другую, отходить от ставшего непродуктивным прежнего опыта. По мнению Гилфорда, этот феномен находит свое воплощение в двух проявлениях: гибкости спонтанной — независимой от внешних стимулов (ее противоположностью является ригидная персеверация) и гибкости адаптивной — в ответ на определенные требования проблемной ситуации (ее противоположностью является ригидная инертность) [цит. по: Мадди, 2002]. Их конкретизация позволяет выделить три формы гибкости:

- семантическую — способность видеть объект под новым углом зрения, обнаруживать его новое использование, расширять функциональное применение на практике;
- образную адаптивную — способность изменить восприятие объекта таким образом, чтобы видеть его новые скрытые от наблюдения стороны;
- семантическую спонтанную — способность продуцировать разнообразные идеи в неопределенной ситуации, в частности в такой, которая не содержит ориентиров для этих идей.

Американский психолог Эллис Пол Торренс (Ellis Paul Torrance, 1915–2003), создатель весьма известных в мире тестов творческого мышления, считал, что избыточно высокая гибкость может отражать неспособность испытуемого придерживаться единой линии в мышлении.

3. Оригинальность — способность продуцировать идеи, отличающиеся от общепринятых, своеобразие творческого мышления, необычность подхода к проблеме, способность давать нестандартные ответы, ярко выраженное стремление к интеллектуальной новизне.

4. Интегративность как способность одновременно учитывать несколько противоположных условий, предпосылок или принципов.

5. Чувствительность как умение подметить едва заметные детали, сходство или различие.

6. Любознательность — повышенная чувствительность к проблемам, не вызывающим интереса у других.

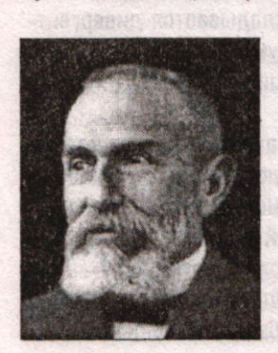
7. Метафоричность — готовность работать в фантастическом, «невозможном» контексте, склонность использовать символические, ассоциативные средства для выражения мыслей.

Произвольное мышление детерминируется осознаваемой мотивацией, сформулированными «извне» или «для себя» вопросами, контролируется сознанием по параметру приближения к разрешению проблемной ситуации и реализуется через целенаправленные мыслительные (обычно с участием речи) операции.

Непроизвольное мышление протекает спонтанно, без специальной концентрации внимания на предмете мышления (на фоне рассеянности), часто обусловливается образами, случайными ассоциациями, эмоционально окрашенными воспоминаниями, фантазиями без наличия явной цели или задачи.

Реалистическое мышление опирается на объективные конкретные факты, направлено в основном на внешний мир, регулируется логическими законами, создает адекватные, истинные, «правильные» представления о действительности.

Аутистическое мышление. Это понятие введено швейцарским психологом и психиатром Эугеном Блейлером (Bleuler Eugen, 1857–1939) в 1912 г. [Блейлер, 1981] для обозначения психических нарушений, связанных со снижением возможности человека произвольно управлять своим мышлением. К настоящему времени это понятие трактуется двояко. В первом случае «аутистическое мышление» понимается как общечеловеческий феномен, характеризующийся игнорированием реальной ситуации, ассоциациями по аналогии, с фиксацией на собственных, порой богатых, творческих фантазиях и стремлениях. Механизмы аутистического мышления обнаруживают свое действие у здоровых людей, проявляясь в сновидениях, мифологии, народных суевериях, религии и других случаях, где мышление отклоняется от реального мира. В подобных случаях оно иногда трактуется как особый вид — *мифологическое мышление*, для которого характерно невыделение человеком себя из окружающей природы и общества, нерасчлененность в мышлении понятий субъекта и объекта, материального и идеального, пространственного и временного, признание законов природы как следствия выражения каких-то высших надстоящих сил и т. д., слабое развитие абстрактных понятий и сильное элементарно-чувственное восприятие.



Э. Блейлер



Ж. Пиаже

По мнению другого швейцарского психолога Жана Пиаже (Jean Piaget, 1896–1980), создателя теории когнитивного развития, «аутистическая мысль… не приспособляется к внешней действительности, а создает сама себе воображаемую действительность, или действительность сновидения. Она стремится не к установлению истины, а к удовлетворению желания, и остается чисто индивидуальной. Как таковая она не может быть выражена непосредственно речью, она выявляется прежде всего в образах, а для того чтобы быть сообщенной, должна прибегать к косвенным приемам, вызывая посредством символов и мифов чувства, которые ее направляют» [Пиаже, 1932]. Аутистическое мышление свойственно детям раннего возраста вследствие отсутствия у ребенка опыта, необходимого для овладения логическими формами мышления, и проявляется у них, например, в форме фантазирования.

Согласно второму значению, аутизм — это негативный симптом, встречающийся преимущественно при шизофрении и характеризующийся погружением в собственные переживания, отгороженностью от внешнего мира с ослаблением эмоциональной коммуникативности

[Чайка, 2002], отсутствием всякой логики, «рискованным» символизмом и также отрывом от реальности, но уже сопровождающимся социальной дизадаптацией. При этом аутистические идеи находятся в грубом противоречии не только с действительностью, но и между собой. В любом случае аутистическое мышление отличается тенденциозностью, выражающейся в свободном течении одних ассоциаций, ориентированных на аффективные потребности, и блокадой других, что и порождает логические несоответствия в его течении.

Существенной особенностью аутизма является то, что содержание любой фантастической или нелепой мысли непосредственно принимается за уже свершившийся факт, при том что окружающее и действительное положение дел, даже собственных, оставляет больных совершенно равнодушными. Факты реальности в поведении не учитываются, и человек за пределы своих грез обычно не выходят. Больные не пытаются проверить правильность своих утверждений и вообще не нуждаются в доказательствах своей правоты. Иногда (особенно в рамках психоаналитического направления) аутистическое мышление трактуется как форма компенсации высокой чувствительности к стрессу и своеобразное бегство от травмирующей реальности. В других случаях при изменении эмоционального состояния пациенты-аутисты могут открыто проявлять свою творческую фантазию, что обозначается как «аутизм наизнанку» [Самохвалов, Коробов, Мельников и др., 2002].

Аутизм как дизонтогенетическое проявление (синдром искаженного развития) отдельно описывается в психиатрической литературе; это предмет рассмотрения специальной психологии или психологии лиц с расстройствами эмоционально-волевой сферы. В этих случаях патопсихологическому анализу, как правило, подвергаются два варианта аутистических расстройств — *ранний детский аутизм* (РДА), описанный в 1943 г. американским психиатром Лео Каннером (Leo Kanner), и синдром, известный под фамилией австрийского ученого, впервые выделившего его в 1944 г. (аутистическая психопатия) — Ганса Аспергера (Hans Asperger).

Первый вариант аутизма, как следует из его названия, может обнаруживать себя уже в первые месяцы после рождения отсутствием или искажением так называемого «комплекса оживления» — естественной эмоционально-положительной и двигательной реакции младенца в ответ на появление матери или другого заботящегося лица. Наиболее отчетливо признаки РДА проявляются в возрасте от 2 до 5 лет [Ковалев, 1979], выражаясь недостаточностью или полным отсутствием потребности в контакте с окружающими, эмоциональной холодностью, страхом новизны, стереотипным поведением, а также расстройствами мышления, речи и влечений [Исаев, Каган, 1973; Лебединская, 1979 и др.].

Синдром Аспергера отличается преимущественными проблемами в установлении коммуникаций со сверстниками, проблемами с оценкой эмоциональных оттенков складывающихся ситуаций и отношений, но при относительной сохранности интеллекта в целом, либо даже односторонней одаренностью в каких-то его аспектах («маленькие профессора»), как правило, в ущерб другим, равно как и избирательной узостью интересов и увлечений [Богдашина, 1999].

Именно аутистическое мышление как клинический феномен характерно для больных шизофренией, шизоидных психопатов, для лиц с соответствующей акцентуацией.

Промежуточную позицию между аутистическим и реалистическим мышлением, по мнению Ж. Пиаже, занимает мышление **эгоцентрическое,** свойственное в норме детям 3–6 лет и являющееся одной из стадий развития интеллекта. По сравнению с первой стадией — аутизма — на второй стадии — эгоцентризма — уже формирующаяся детская речь предназначена для «самого себя», восприятие мира кажется единственно реальным, а точка зрения других людей отождествляется с собственной, в то время как аутистическое мышление характеризуется игнорированием принципа реальности, не сообразуется

с объективной действительностью, эгоцентрическое мышление определяется тем, что не подчиняется принципу социальности. Третья стадия — социализированного мышления — характеризуется попытками воздействовать через речь на собеседника, доступностью понимания и принятием иных точек зрения, формированием объективного образ мира, носителем которого являются и другие люди. Активный период перехода к социализированному мышлению примерно совпадает с 7–8 годами. Таким образом, опираясь на исследования детской речи, Ж. Пиаже приходит к выводу, что процесс развития мышления у ребенка — это процесс *экстериоризации* (переноса изнутри вовне).

Прямо противоположную позицию по этому вопросу занял Л. С. Выготский [1999], который понимал развитие психики как формирование высших психических функций (в том числе и мышления) в процессе *интериоризации*, в процессе превращения социальных (интерпсихических) функций в интрапсихические (индивидуальные). На основании теоретических и экспериментальных исследований он убедительно доказал, что последовательность развития детского мышления подчиняется иной логике — аутистическое мышление, как более сложное, не может предшествовать реалистическому, что эгоцентрическая речь является промежуточной между внешней и внутренней, а не наоборот, при этом с возрастом эгоистическая речь не затухает, а переходит во внутренний план.

Кроме видов мышления, приводящих к корректным выводам и протекающим по естественным законам, при патологических обстоятельствах возникают особые мыслительные процессы, дающие ложное представление о действительности. Они обнаруживаются как у лиц с очевидной психической патологией, так и у тех, кого традиционно относят к пограничным ее формам, либо у лиц, попавших в экстремальные, психотравмирующие условия.

Сложность и разнообразие форм мышления приводят к столь же большому разнообразию форм его расстройств, которые могут быть систематизированы под разными углами зрения. Нельзя не согласиться с В. М. Блейхером [1983], который считает, что разделение расстройств мышления на группы, как и всякая классификационная схема, условно. В клинической практике наблюдаются сложные переплетения различных видов расстройств мышления, и поэтому описание отдельных их типов первоначально возможно лишь при условии выделения основных, наиболее типичных проявлений и отвлечения от ряда признаков, свидетельствующих о близости этих расстройств с другими.

Следует иметь в виду, что в большинстве случаев основным индикатором нарушенного мышления (помимо собственно поведения) является речевая продукция больного человека, рассматриваемая со стороны ее формальных и содержательных характеристик.

Существенно огрубляя понимание расстройств мышления, их можно разделить на две группы — количественные (без принципиальных потерь смысловой составляющей мышления) и качественные (нецеленаправленность ассоциаций, расстройства содержания мысли, невозможность осознания собственного поведения в целом), причем к последним обоснованно относят и патологию мыслительной продукции, интерпретируемую как патологию мотивационной сферы. Возможны и другие подходы к классификации. Например, Б. В. Зейгарник [1986] выделяет три вида патологии мышления: нарушения операционной стороны, расстройства динамики, нарушения мотивационного компонента мышления.

Ни одна из классификаций не может претендовать на линейную четкость и исчерпывающую полноту описаний, поскольку один и тот же психический феномен может рассматриваться под разными углами зрения.

Нарушения операционной стороны мышления:

- снижение уровня обобщения;
- искажение процесса обобщения.

Количественные расстройства (расстройства динамики):

- расстройства мышления по темпу: ускоренное мышление; замедленное мышление; шперрунг;
- расстройства мышления по подвижности: детализация; обстоятельность; вязкость.

Качественные расстройства (расстройства мотивационного компонента):

- целенаправленности: витиеватость; резонерство; соскальзывание; разноплановость; разорванность (логическая и грамматическая); аморфность; аутичность; символическое мышление; паралогическое мышление; конфабуляторное мышление; архаическое мышление;
- патология продукции (содержания) мышления: навязчивые идеи; сверхценные идеи; бред.

Снижение уровня обобщенности. Как уже указывалось, к основным мыслительным операциям относят: сравнение, анализ, синтез, абстракцию, обобщение, конкретизацию, причем наиболее распространенной и весьма чувствительной к влиянию патогенных факторов является обобщение, которое само производно от других мыслительных операций.

Выделяют несколько уровней процесса обобщения:

- категориальный — отношение к классу на основании главных, существенных признаков (например, ответ испытуемого: «Это виды деятельности»);
- функциональный — отношение к классу на основании функциональных признаков (например: «И тем и другим пишут»);
- конкретный — отношение к классу на основании конкретных признаков (например: «Оба зеленые»);
- безоперационный сводится к перечислению предметов либо их функций без попытки обобщить.

При снижении уровня обобщения в суждениях больных доминируют непосредственные, конкретные представления о предметах и явлениях, заметен недостаточный уровень абстрагирования, склонность к использованию поверхностных, «бытовых» связей между объектами и явлениями, конкретно-ситуационный тип решения задач, не понимается переносный смысл. Например, решение задачи на классификацию может оказаться вообще недоступным, поскольку все предметы слишком различаются по конкретным свойствам (либо создается большое число мелких групп), не понимается переносный смысл пословиц и поговорок, больной в силу преобладания конкретно-ситуационных связей не может подобрать пиктограмму для обобщенных понятий. Эти нарушения встречаются при умственной отсталости, тяжелых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга с деменцией.

Искажение процесса обобщения характеризуется преобладанием формальных, случайных, избыточных ассоциаций, уходом от содержательной стороны задачи, которая вытесняется суждениями с опорой на неосновные, чрезмерно общие, латентные, побочные признаки вместо существенных. (Например, в опыте на классификацию предметов больной объединяет карточки следующим образом: лыжник и свинья, объясняя: «Это означает противоположность зимы и лета; зима — это мальчик на лыжах, а свинья — на зелени» [Зейгарник, 1986].) Подобные нарушения мышления встречаются у больных шизофренией.

Ускорение мышления — увеличение количества ассоциаций в единицу времени, облегченное возникновение и быстрота смены мыслей, воспоминаний, представлений, при том что образные компоненты заметно преобладают над абстрактными идеями. Ассоциации начинают образовываться по упрощенному типу — сходству, смежности, контрасту, из-за чего страдают глубина мысли и ее общая продуктивность, мышление перестает быть предусмотрительным, становится поспешным, непродуманным. На фоне повышенного

настроения или эйфории, оживленной жестикуляции и мимики, переживания субъективного подъема и «особой ясности мысли» постепенно возникает неистощаемая монологичная говорливость, конспективно отражающая содержание мысли с утратой промежуточных звеньев, но с частыми отклонениями по случайным, порой внешним обстоятельствам. Заметны бесконтрольность суждений, утрата чувства такта и недостаточная способность смущаться [Блейхер, 1983], хотя интеллектуальный уровень у таких больных может быть не снижен и сохраняется наблюдательность, а порой и фрагментарное остроумие. В невыраженных случаях порождаемые идеи в принципе могут носить и продуктивный характер и сопровождаться действительно творческой активностью.

При наиболее ярких проявлениях ускоренного темпа мышления оно приобретает характер **«скачки идей»**, вихря мыслей и представлений, при которых поток мыслей становится вообще неуправляемым, возникающим «сам по себе». Высказывания становятся неполными, отрывочными, речь не поспевает за мыслью и носит несвязный характер, хотя при некоторых усилиях наблюдателя здесь все же можно уловить их поверхностную упорядоченность.

Своеобразное место в ускоренном мышлении занимает **ментизм** — непроизвольно возникающий, насильственный и калейдоскопический наплыв мыслей, воспоминаний и образов, плохо оречевляемый, тягостно переживаемый больным человеком и не подчиняющийся его воле.

Ускорение мышления характерно для маниакальных и гипоманиакальных состояний, для некоторых форм шизофрении, во время эпизодов психического возбуждения, в начальных стадиях алкогольного и наркотического опьянения.

Замедленное мышление — уменьшение числа ассоциаций в единицу времени, ухудшение способности формировать общие представления и идеи, сопровождающиеся однообразием и скудностью их содержания, определенной утратой интеллектуальной инициативы. Выражается трудностями в подборе слов, снижением темпа речи и ее односложностью, слабостью воображения и планирования, большим латентным периодом между возникновением проблемной ситуации и адекватным откликом на нее. Замедленное мышление наблюдается при депрессивных и астенических состояниях, при органических поражениях мозга, при шизофрении, то есть окрашивается той симптоматикой, которая свойственна данным формам психических расстройств.

Шперрунг — внезапная остановка («закупорка»), обрыв течения мысли, блокада мыслительной деятельности, субъективно переживаемые как «пустота в голове», что обычно сопровождается и прерыванием речи. В этот период больные производят впечатление беспомощных, не способных не только мыслить, но и действовать, воспринимать, хотя явных нарушений сознания при этом не наблюдается (сохраняются воспоминания о своем состоянии), и они замечают за собой обрывки отдельных мыслей, не складывающихся, однако, в системный поток. По окончании паузы, которая может длиться секунды, минуты, а по некоторым описаниям, и более, больной не может вспомнить, что хотел сказать. На скорость протекания ассоциативных процессов шперрунг за своими пределами не влияет, поскольку после его столь же внезапного окончания темп мыслительной деятельности, как правило, сразу восстанавливается до своего обычного уровня. Феномен шперрунга типичен для шизофрении, но он может наблюдаться и при эпилепсии, а также под влиянием аффекта у психически здоровых людей, как, например, во время экзамена (внезапное забывание хорошо знакомого материала).

Шперрунги можно рассматривать не только как количественное расстройство мышления, но и как следствие нарушения целенаправленности психических процессов.

В качестве состояния, напоминающего шперрунг, иногда описывают более мягкий по характеру **обрыв мысли** — внезапную потерю нити рассуждений (например, при случайном отвлечении во время беседы) с порой удачными попытками вспомнить забытое и без утраты способности нормально ориентироваться во внешней среде.

Детализация — постоянное вовлечение в процесс мышления обилия второстепенных несущественных подробностей, пространное описание обстоятельств, которые, возможно, для человека имеют особые смысл и значение. Продуктивность мышления в целом снижается. При усилении выраженности детализация достигает степени **обстоятельности** (лабиринтного мышления) — систематического застревания на побочных ассоциациях с уходами в сторону и возвращениями к исходной мысли, с утратой способности дифференцировать идеи, явления и объекты по важности, с ослаблением процессов абстрагирования и обобщения. Такие больные в итоге не могут лаконично сформулировать свою мысль, привносят вводные слова, затрудняются при необходимости перехода к новой теме.

Вязкость — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее малопонятной, а мышление непродуктивным. Больные вообще теряют способность удерживать основную нить разговора и не могут сами освободиться от побочных ассоциаций.

Симптомы этой группы (детализации, обстоятельности, вязкости) отражают нарастание степени тяжести одного и того же явления — тугоподвижности (ригидности, инертности, торпидности) мышления. Они наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга и эпилепсии.

Витиеватость — многоречивые, громоздкие рассуждения, иногда на абстрактные или философские темы, с привлечением обилия литературных цитат, метафор, сравнений, научных терминов, формул и далеких по смыслу аналогий, что, вопреки ожиданиям говорящего, усложняет понимание мысли слушателем и мешает самому субъекту прийти к ясному умозаключению. Вместе с тем речь сохраняет грамматический строй и внешнюю логичность, но приобретает черты псевдонаучности, «красивости» и оригинальности, порой заумности.

Резонерство — склонность к бесплодному мудрствованию, непродуктивному, многословному и детализированному рассуждательству по несущественному поводу, часто с использованием абстрактных или позаимствованных из каких-то наук понятий, общих нравоучений, деклараций и известных изречений, привлекаемых по весьма поверхностным, формальным основаниям. При многозначительном тоне, претенциозности и неуместном пафосе речь построена грамматически правильно, но скудна содержательно («пустое философствование», «праздное мудрствование», «умственная жвачка»). Вместе с тем собственно мыслительных ошибок при резонерстве не происходит, а сам этот феномен может рассматриваться как проявление особенностей мотивационной сферы человека, выражающийся в потребности «самовыражения» и «самоутверждения» на фоне недостаточной самокритичности и аффективной захваченности субъекта. Характерна неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. По мнению В. М. Блейхера, И. В. Крук [1986], резонерское мышление особенно ясно в эксперименте выступает там, где выполнение задания требует словесных определений, формулировок и сравнения понятий.

В качестве своеобразной формы резонерства может выступать *патологический полисемантизм* — освобождение элементов речи от контекста, когда слово получает любой, малозависящий от ситуации смысл (понятие было введено М. С. Лебединским в 1937 г. и соответствовало тому, что Л. С. Выготский формулировал как уравнивание вероятностных значений того или иного слова). В этих случаях у больного появляются слова с новым смыслом, основанном на формальных лексических, внешних признаках. Характерно

сосуществование разных, в том числе и чуждых, значений одного и того же слова, причем новое значение слова заметно доминирует над общепринятым, из-за чего понимание речи «непосвященным» становится невозможным.

Резонерское мышление наблюдается при шизофрении, эпилепсии, умственной отсталости и ряде органических поражений головного мозга, но в принципе может встречаться и у психически здоровых людей как механизм компенсации чувства собственной малозначимости.

Соскальзывание — неожиданная, немотивированная смена логически и грамматически правильно простроенной мысли на какую-то иную, тематически чуждую строю рассуждений. Либо то же происходит по несущественным, случайным ассоциациям, актуализированным из-за латентных, рыхлых связей между понятиями и представлениями. При этом непоследовательность суждений не зависит от истощаемости психики или сложности заданий. Существует мнение, согласно которому соскальзывание может осуществляться и по сложным (абстрактным) ассоциациям [Бухановский, Кутявин, Литвак, 1998]. После него больной способен продолжить последовательность основного рассуждения, но уже допущенная логическая ошибка им не исправляется. Соскальзывания в иную смысловую плоскость следует отличать от неточных ответов, обусловленных невнимательностью, и от непоследовательности суждений, возникающей на фоне астенических состояний (подобные ошибки имеют связь с трудностями проблемы и исправляются больными, как только они их замечают). А. Р. Лурия [2000] считал, что легкое соскальзывание на посторонние связи лежит в основе тех дефектов мышления, которые многие авторы считают специфичными для поражения лобных отделов мозга.

Соскальзывания как симптом наблюдаются у больных шизофренией при их относительной сохранности.

Разноплановость — постоянная немотивированная смена оснований для логического упорядочения ассоциаций, соскальзывание в иную содержательную плоскость. В результате этого в мысли начинают сочетаться несочетаемые или даже взаимоисключающие идеи и понятия. Оставаясь относительно адекватными внутри самих себя, непредсказуемо, причудливо переплетаются разные принципы обобщения и классификаций, что в итоге делает мысль, с одной стороны, небанальной, а с другой — малопонятной. Для выявления подробных особенностей используется широкий набор методических приемов: классификация предметов и понятий, исключение лишнего предмета, сравнение понятий, построение объекта по ряду заданных признаков, опосредование понятий с помощью рисунков и т. п. Например, в методике на классификацию предметов больной объединяет лопату и слона, поясняя, что это «инструменты труда».

Разорванность — нарушение направленности ассоциативного процесса, смысловых связей между отдельными мыслями, суждениями и понятиями при сохранности формальной стороны речи — грамматической стройности фразы (*логическая разорванность*). Начальные проявления разорванности можно заметить в соскальзывании мысли при переходах от одного представления к другому, что видно в нарушении смысловых связей не внутри предложения, а при переходе от одной мысли к другой, каждая из которых в отдельности имеет законченное смысловое содержание, что приводит к необычно-парадоксальному сочетанию представлений. В. М. Блейхер пишет о разорванности как семантической диссоциации при известной сохранности синтаксической стороны речи. В более тяжелых случаях, на фоне расстроенного сознания, возникает и *грамматическая разорванность*, *бессвязность (инкогеренция)* — речь превращается в «словесную окрошку», набор отдельных, не связанных между собой слов (шизофазия), распадается синтаксический строй предложения.

уловить смысл речи не удается. Разорванность может проявляться и в форме «мимо-ответов», при которых больной на вопрос собеседника продуцирует информацию невпопад (рядом со смыслом вопроса) либо вообще недоступную для понимания.

Крайняя степень разорванности в речи может проявляться *вербигерацией* — бессмысленным, нередко ритмическим многократным повторением или выкрикиванием одних и тех же слов, фраз или нелепых звукосочетаний.

Б. В. Зейгарник видит в разорванности крайнюю степень разноплановости, заключающейся в том, что суждения больного о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях, как бы в разных руслах. Помимо играющего важную роль в диагностике разорванности отсутствия понятных связей между отдельными элементами высказываний больного, Зейгарник считает значимыми такие критерии, как независимость речи больного от присутствия собеседника (монологичность — больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно), отсутствие логики, невозможность обнаружить в речи больного объект мысли, незаинтересованность его во внимании собеседника. Наличием перечисленных моментов и объясняется то, что речь больного при разорванности перестает выполнять функцию общения и становится совершенно непонятной окружающим [Блейхер, 1983].

Наблюдается при шизофрении, маниакальных состояниях, органических поражениях мозга.

Аморфность — нечеткое, бессистемное и противоречивое использование понятий, при котором грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый, случайный характер, а основная идея остается несформулированной или непонятной окружающим. Аморфность выражается в наличии связности между собой по смыслу отдельных частей предложения и даже отдельных предложений при ускользании общего смысла сказанного: в сравнениях сочетаются слишком абстрактные и слишком конкретные основания, уровень избирательности и обобщения мышления настолько низок, что создается впечатление бесформенности отражаемого в речи содержания (например, больной при многословии не может прямо ответить на вопрос).

В качестве иллюстрации аморфности мышления В. Д. Менделевич [2001], ссылаясь на наблюдение Б. В. Зейгарник, приводит протокольную запись суждения больного, которому предлагалось объяснить поговорку: «Цыплят по осени считают».

Больной говорит: «Ну, это вполне понятно. Иногда всегда подсчитывают, когда они осуществились. Когда дело сделано. И только тогда можно уже заявить об увеличении успехов того или иного мероприятия. А то можно работать без конца, без края, шума много из ничего получится, как у Шекспира, помните?.. Пошумели, говорили, бегали, метались, торопились, а в результате что? Итог каков? Все в трубу, навылет. То есть шумиху подняли, а дела нет. Поэтому — меньше шума, больше дела, больше собранности, организованности, а потом сказать: „Ну вот, товарищи, как бы там ни было, дело сделали, будьте здоровы". Например, если мы строим какое-нибудь здание — вот наш долг, если мы сдаем экзамены — вот наши оценки, отметки, пять, отлично или там, например, четыре, хотя на плохой конец, я говорю. Четыре — это уже терпимо, я считаю, но вообще нужно на отлично, чтобы было пять. Вот так. Вот это называется... много шума из ничего или, как вы сказали, пословица: „Кур по осени или цыплят по осени считают". Ну да если непосредственно про них говорить, их перетаскивают кошки, как говорится».

Аутичное мышление — см. выше.

Символическое мышление — мышление, в котором реализуется устойчивая тенденция замены общепринятых конкретных образов, явлений, действий, понятий или знаков

личностно тенденциозными представлениями-обозначениями, приобретающими форму метафор, иносказаний, аллегорий, знамений, особой знаковости, колдовства, мистики и т. п. В результате явления и предметы окружающего мира получают совершенно иной, порой переносный, вычурный смысл, не разделяемый окружающими или вообще им непонятный. Могут использоваться и общепринятые символы, но для обозначения известных только больному явлений или фактов его жизни в совершенно не свойственном им значении, конкретное обозначается абстрактным и наоборот. Придумываются новые слова — неологизмы.

Символическое мышление может встречаться и у психически здоровых людей, будучи обусловленным разделяемыми другими культурными или религиозными традициями и отражая эмоционально-образный (иногда архаичный, мифопоэтический, лишенный логики) способ трактовки внешней действительности, уместный, например, в произведениях искусства, для поддержания этнической общности и т. п. (например, змея, кусающая себя за хвост, — античный символ вечности). При соответствующих психических расстройствах (чаще всего шизофрении) толкование речевой продукции возможно только исходя из индивидуальных установок человека.

Паралогическое мышление — ложное по своим предпосылкам, доказательствам, дефектное в установлении причинно-следственных отношений. Это мышление предвзятое, лишенное логики, игнорирующее факты и доводы, противоречащие ходу мыслей больного. Если логическая система в рассуждениях и возникает, то она свойственна только данному человеку с произвольной подменой одних понятий другими, с неожиданными, странными и ничем не обоснованными умозаключениями, сопоставлениями несопоставимого, «выкрутасами». В. А. Жмуров [2002] пишет, что паралогическое или «кривое» мышление не является собственно алогичным, формально логический процесс часто не нарушается. Речь идет главным образом о его тенденциозности, обусловленности стойким ложным целевым представлениям, реализующимися, например, в интерпретативных формах бреда (преследования, реформаторства, ревности и т. п.).

Термин «паралогическое мышление» не всегда корректно используется в более широком смысле, для обозначения других нарушений с отсутствием логики в болезненных рассуждениях (аутистическое, символическое и др.).

Конфабуляторное (фабулирующее) мышление (*лат.* fabula — повествование, история) встречается в разных формах, начиная от отхода от естественного, реального развития событий (нарушений хронологического строя повествования), с включением в рассказы спонтанных фантазий, периодов мечтательной рассеянности до сознательной лжи и вымыслов, замещающих реальность. Расстройства памяти при этом могут быть, но могут и отсутствовать. Фабулирующее мышление встречается и при бредоподобных фантазиях.

Архаическое (прелогическое, мифологическое) мышление оперирует устаревшими понятиями и представлениями, широко включает в себя суждения, основанные на предрассудках, заблуждениях и мифах. К архаическому мышлению относятся некоторые формы бреда. Оно наблюдается и у психически здоровых лиц, отражая уровень их интеллектуально-культурного развития.

Наиболее частой формой архаического мышления в быту являются многочисленные суеверия, например такие, как вера в ясновидение, возникающая у обычных людей на фоне тревожных ожиданий, подавленности, реальных драматических событий. По выходе из подобного состояния наклонность к мистической интерпретации нередко исчезает и рассматривается с реалистических позиций, но в других случаях в силу повышенной внушаемости или неразрешимости конфликта лишь упрочивается.

Архаическая форма мышления рассматривается как филогенетически самая ранняя среди познавательных процессов человека. К ее предпосылкам на начальных этапах развития человечества относят [Альбедиль, б/г]:

- теснейшее слияние индивида с окружающей средой, физической и биологической природой, приводящее к одушевлению вещей и явлений, приписывание животным и растениям человеческих качеств, которыми они не обладают (*анимистическое мышление, антропоморфизм*), населению природы божествами, демонами и духами, объяснению природных явлений фантастическими причинами;
- сильную духовную и эмоциональную связь с сообществом, вызванную глубокой интеграцией личности и рода, для которого общий предок выступает как источник правил и законов для всех членов рода, что, в свою очередь, через тотемическую символику и ритуалы порождает чувство сопринадлежности, отождествления с данной группой;
- высокую эмоциональную чувствительность, восприимчивость, аффективную напряженность коммуникаций и жизни в целом;
- высокую образность мышления и воображения, приближающуюся к иконической полноте воспроизведения содержания памяти.

Таким образом, данный вид мышления оперирует архаической логикой, характерной для древних народов [Бескова, 1995] и детей, из-за чего в большинстве случаев может считаться регрессивным. Смежную с ним нишу занимает мышление, характерное для интуитивного поэтического миропонимания.

Навязчивое (обсессивное) мышление. Навязчивости в целом представляют собой довольно большую группу психических расстройств, выражающихся в навязчивых идеях, страхах (фобиях) и сомнениях, воспоминаниях, влечениях и действиях. Их общим отличием является то, что они довольно стереотипны, возникают непроизвольно, часто противоречат системе внутренних принципов человека, расцениваются им критически, с пониманием их болезненности, ненужности, неадекватности, а порой и нелепости. При этом появившаяся мысль рассматривается не как навязанная извне, а как собственная. По механизмам возникновения навязчивые мысли разделяются на те, которые появились в результате реальных психотравмирующих обстоятельств (они логически понятны, поскольку и в самих мыслях звучит этот мотив), и те, которые появились без видимой причины, оторваны от реальности.

Среди навязчивых мыслей, помимо сомнений и воспоминаний (например, о позорном событии), выделяют манипулирование цифрами, абстрактные мысли, «умственную жвачку» — изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы, контрастные мысли, содержание которых противоречит мировоззрению или морально-этическим принципам личности. Навязчивости также могут возникать в связи с сексуальной, религиозной озабоченностью, а также озабоченностью своим телом (внешний вид, функции и т. д.), что типично для подростков.

Испытывая эмоциональный дискомфорт, человек пытается от них избавиться, но, как правило, безуспешно, более того, попытки борьбы с ними, желание их подавить каким-либо образом нередко приводят к их усилению и выработке различных *ритуалов* (порой сложных двигательных или поведенческих актов), имеющих значение заклинания и создающих у субъекта впечатление контролируемости ситуации (перед выходом на улицу дотронуться до косяка двери, чтобы не попасть под машину). Ритуалы обычно возникают как реакция на фобии, навязчивые сомнения или опасения, для предупреждения мнимого несчастья. Выполнение ритуала обычно сопровождается чувством облегчения.

Навязчивые мысли не обязательно являются симптомами болезни, они могут встречаться и у психически здоровых людей с тревожно-мнительными чертами характера на

фоне тех или иных психотравмирующих ситуаций. В клинике наблюдаются при неврозе навязчивых состояний, депрессии, шизофрении, органических психозах.

Сверхценные идеи — логически обоснованные эмоционально значимые стойкие убеждения, представления или комплексы мыслей, вытекающие из реальности и мировоззрения личности. Их патологичность заключается не в содержании, которое относительно адекватно имеющейся проблемной ситуации, а в масштабе охвата сознания, в том непомерном значении, которое им придается по сравнению со всеми остальными мотивами и сторонами жизни. Другой особенностью сверхценных идей является их ригидность, заключающаяся в длительном их существовании, иногда на протяжении жизни, в настойчивых попытках реализовать их на деле вопреки внешним совершенно корректным контраргументам. Критика к сверхценным идеям, в отличие от навязчивых, отсутствует. В других случаях сверхценная идея постепенно сама утрачивает свою актуальность, иногда под влиянием убеждения со стороны достаточно авторитетного лица.

К числу подобных феноменов относятся идеи реформаторства, изобретательства (вечного двигателя), физического и нравственного совершенства (до изнеможения), сутяжничества (до международных инстанций), коллекционирования (до разорения семьи), вероисповедания, вины, любви, ревности и т. п. В большинстве случаев последовательное проведение сверхценной идеи приводит к дизадаптации личности, к сужению круга ее интересов, к тенденциозной трактовке фактов действительности, к избирательности их подбора.

На начальных этапах своего развития эти идеи не несут чего-то патологического и, по существу, остаются в пределах психического здоровья. Однако по мере их развития и усиления эмоционального напряжения сверхценные идеи могут стать основой для возникновения идей бредовых.

Бред — совокупность ложных, последовательно и упорно отстаиваемых идей, суждений и умозаключений, обусловленная психическим заболеванием и явно не соответствующая реальности и прежнему опыту. Бредовые идеи не поддаются переубеждению, и критика по отношению к ним полностью отсутствует. Кроме высказываний, поступков и личностных отношений, непосредственно вытекающих из содержания бреда, все остальные психические процессы и функции (эмоции, речь, интеллект и поведение в целом) от нормальных могут не отличаться. В других случаях бред сочетается с нарушениями ассоциативного процесса и сопровождается разорванностью мышления, резонерством и символизмом. Многие формы бреда имеют сходство с мифологическими конструкциями (мифологемами), которые воплощены в архаических преданиях, эпосах, мифах, легендах, сюжетах сновидений и фантазий.

Бред является формальным признаком психоза.

Начальная стадия формирования бредового синдрома — *бредовое настроение*, которое выражается в чувстве неопределенного внутреннего беспокойства, в тревожном предчувствии беды, возникают настороженность, подозрительность, уверенность, что вокруг происходят опасные изменения. *Бредовое восприятие* — такое восприятие окружающего, когда наряду с обычным восприятием реально существующего объекта появляется необычная, странная, не связанная логически с реальной действительностью идея с характером особого отношения больного. Приобретая более очерченную форму, бредовое восприятие превращается в *бредовое толкование*, которое проявляется в том, что больной начинает толковать события, факты, слова окружающих в бредовом плане, но еще не связывает свои болезненные умозаключения в единую систему. В дальнейшем происходит оформление бредовых соображений в систему бредовых идей. Этот этап называется «*кристаллизацией*

бреда» [Снежневский (ред.), 1983; Ковалев, 1985]. Иногда в рамки бредового толкования включают и *бредовое осознание* — «озарение», интуитивное постижение больным сути происходящего. Возникающая система из отдельных бредовых умозаключений обеспечивает субъективное объяснение состоянию тревоги, беспокойства, чувству неопределенности предполагаемой угрозы.

С достаточной степенью условности бред по механизму образования делится на три типа:

- первичный (*интерпретативный*) — бредовые построения определяются расстройством сферы мышления и логики, приводящим к неадекватной интерпретации реально существующих явлений, к созданию целой системы доказательств, причем по мере прогрессирования болезни в бредовую систему начинает вовлекаться все большее число фактов жизни;
- вторичный возникает на основе уже имеющихся нарушений других сфер психической деятельности (галлюцинаций, аффективных нарушений, расстройств памяти и т. п.);
- индуцированный, при котором здоровый человек воспроизводит бредовую систему психически больного по принципу заражения или конформизма близких людей.

Фабула бредовых идей весьма разнообразна и может быть сведена к четырем основным видам:

1) бред с пониженной самооценкой или с отрицательной эмоциональной окраской (ипохондрический, самообвинения, самоуничижения, убеждения в уродстве и т. п.);
2) бред с повышенной самооценкой или с положительным эмоциональным тоном (величия, богатства, знатного происхождения, реформаторства и т. п.);
3) бред преследования или подозрения (воздействия с помощью магии, колдовства, гипноза, космических лучей, ущерба, двойников, одержимости и т. п.);
4) смешанные формы бреда (сутяжничества, перевоплощения, особых знаков и т. п.).

Несмотря на то что фабула бреда нередко включает те или иные реальные события, роль последних в его возникновении незначительна и сводится лишь к наполнению бредового убеждения конкретным социальным содержанием [Кербиков, 1949].

Следует иметь в виду, что ошибки суждений и заблуждения психически здоровых, а также некоторые сомнительные умозаключения, являющиеся составной частью определенной культуры или субкультуры, к которой принадлежит человек, не должны характеризоваться как бредовые.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение мышления, дифференцируя его от других отражательных процессов.
2. Через какие этапы проходит развертывание мышления как процесса?
3. Характеризуйте основные мыслительные операции.
4. Каковы основные этапы созревания (уровни) мышления у ребенка?
5. Какими признаками характеризуется творческое мышление?
6. Раскройте содержание и противоречия трактовки аутистического мышления.
7. Опишите структуру классификации расстройств мышления по Б. В. Зейгарник.
8. Какие уровни процесса обобщения описываются в психологии и какие формы может приобретать расстройство этой функции?
9. Какими качественными особенностями отличаются ускоренное и замедленное мышление?
10. При каких психических расстройствах встречается резонерское мышление и в чем оно выражается?
11. В чем разница между навязчивыми и сверхценными идеями?
12. Что такое «кристаллизация бреда»?

2.9. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Методы исследования мышления чрезвычайно разнообразны, а характер предлагаемого в них стимульного материала обусловливается возрастом испытуемого и конкретными задачами, стоящими перед патопсихологом, — начиная от наблюдения за игрой ребенка и заканчивая сложными заданиями, предусматривающими операции абстрагирования и установления причинно-следственных связей. В работах патопсихологической тематики часто применяются следующие методики.

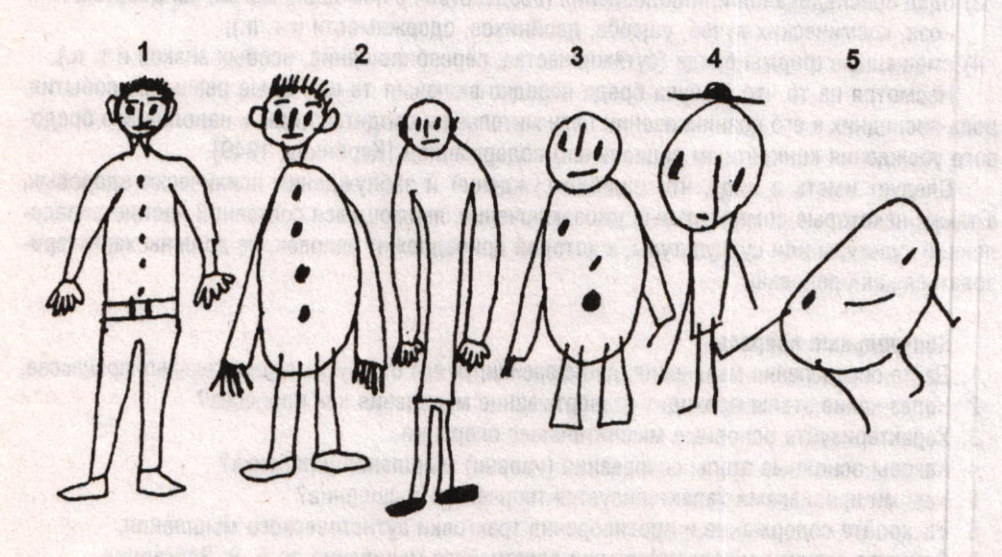
МЕТОДИКА ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ТЕСТ ШКОЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ КЕРНА—ЙИРАСЕКА [Йирасек, 1978; Дубровина (ред.), 1991; Белоусова, Бойко, Мищик, 1994].

Методика предназначена для исследования готовности ребенка к школьному обучению и включает три задания:

1) рисование фигуры мужчины;
2) срисовывание письменных букв;
3) срисовывание группы точек.

Все три задания направлены на оценку развития тонкой моторики руки, координации движений и зрения, являющихся важными предпосылками для выработки навыков письма. Кроме того, с помощью этого теста в общих чертах можно оценить интеллектуальное развитие ребенка, умение подражать образцу и способность к сосредоточенности, концентрации внимания.

Рисование человека



1. Нарисованная фигура должна иметь голову, туловище и конечности. Голова с туловищем соединена посредством шеи, и она не больше туловища. На голове имеются волосы (или их закрывает шапка или шляпа) и уши, на лице глаза, нос и рот. Руки закончены кистью с пятью пальцами. Ноги внизу загнуты. Наличие мужской одежды. Фигура нарисована с использованием так называемого синтетического (то есть контурного, предусматривающего, что вся фигура с составляющими ее частями — телом, головой, руками, ногами — рисуются как единое целое) способа.

2. Исполнение всех требований, как и в пункте 1, кроме синтетического способа изображения. Три не хватающие части (шея, волосы, один палец руки, но не часть лица) могут быть исключены из требований, если это уравновешивается синтетическим способом изображения.

3. Рисунок должен иметь голову, туловище и конечности. Руки или ноги нарисованы двойной линией. Допускается отсутствие шеи, ушей, волос, одежды, пальцев и ступней.

4. Примитивный рисунок с туловищем. Конечности (достаточно одной пары) выражены лишь простыми линиями.

5. Не хватает ясного изображения туловища («головоногое» изображение). Каракули.

Подражание письменным буквам

Здесь в качестве образца для интепретации дан оригинальный пример. В адаптированных версиях предлагаются фразы «Он ел суп» или «Ей дан чай». Вертикальный размер букв на карточке должен равняться 1 см, заглавная буква — 1,5 см.

1. Совершенно удовлетворительное (в смысле чтения) подражание написанному образцу. Буквы не достигают двойной величины образца. Начальная буква имеет явно заметную высоту большой буквы. Буквы хорошо соединены в три слова. Нельзя, чтобы над буквой отсутствовала точка (или над i для оригинального текста). Переписанное предложение не отклоняется от горизонтальной линии более чем на 30°.

2. Еще разборчивое подражание написанному предложению. Величина букв и соблюдение горизонтальности не учитываются.

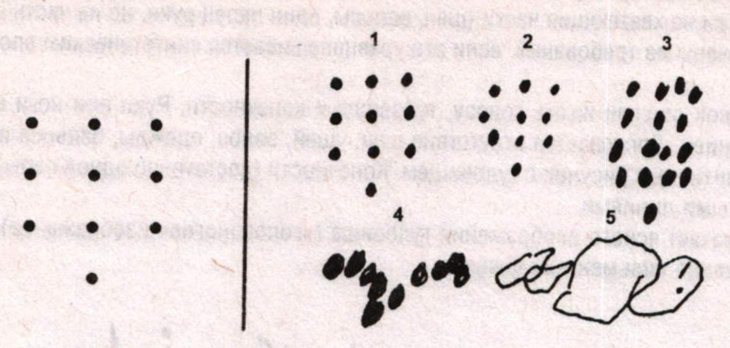
3. Очевидно расчленение минимально на две части. Можно разобрать по крайней мере четыре буквы образца.

4. На образец похожи по крайней мере две буквы. Целое еще образует строчку «писания».

5. Черкание.

Во время выполнения детьми заданий необходимо следить за ними, делая при этом краткие записи об их действиях. В первую очередь следует обратить внимание на то, какой рукой рисует ребенок — правой или левой, перекладывает ли он во время рисования карандаш из одной руки в другую. Отмечают также, вертится ли он, роняет ли карандаш и ищет его под стулом, начал ли рисовать не в том месте, которое ему указали, или просто обводит контур образца, желает ли убедиться в том, что рисует красиво, и т. д.

Срисовывание группы точек



1. Почти совершенное подражание образцу. Допускается только очень небольшое отклонение одной точки из ряда или столбца. Уменьшение рисунка допустимо, увеличение не должно быть больше чем наполовину. Рисунок должен быть параллелен образцу.

2. Количество и расположение точек должно отвечать образцу. Возможно отклонение даже трех точек на половину ширины промежутка между рядами или столбцами.

3. Целое по своему контуру похоже на образец. По высоте и ширине оно не превосходит его больше чем в два раза. Точки не должны быть в правильном количестве, но их не должно быть больше двадцати или меньше семи. Допускается любой поворот — даже на 180°.

4. Рисунок по своему контуру уже не похож на образец, но все еще состоит из точек. Величина рисунка и количество точек не имеют значения. Другие формы (линии) недопустимы.

5. Каракули.

Результат каждого задания оценивается по пятибалльной системе (1 — высший балл, 5 — низший балл), а затем вычисляется суммарный итог по трем заданиям. Развитие детей, получивших в сумме по трем заданиям от 3 до 6 баллов, рассматривается как выше среднего, от 7 до 11 — как среднее, от 12 до 15 — как ниже нормы. Детей, получивших 12–15 баллов, необходимо углубленно обследовать, так как среди них могут быть умственно отсталые дети. Но вместе с тем нужно иметь в виду, что без дальнейшего обследования указанную группу детей нельзя относить к слаборазвитым, характеризующимся школьной незрелостью, поскольку, по словам Йирасека, удовлетворительный результат ориентационного теста является относительно надежным основанием для вывода о школьной зрелости с прогнозом хорошей школьной успеваемости, но неудовлетворительный результат не может служить достаточным основанием для вывода о школьной незрелости с прогнозом плохой школьной успеваемости.

МЕТОДИКА КЛАССИФИКАЦИИ [Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Собчик, 2002; Семаго, Семаго, 2005].

Классификация предметов

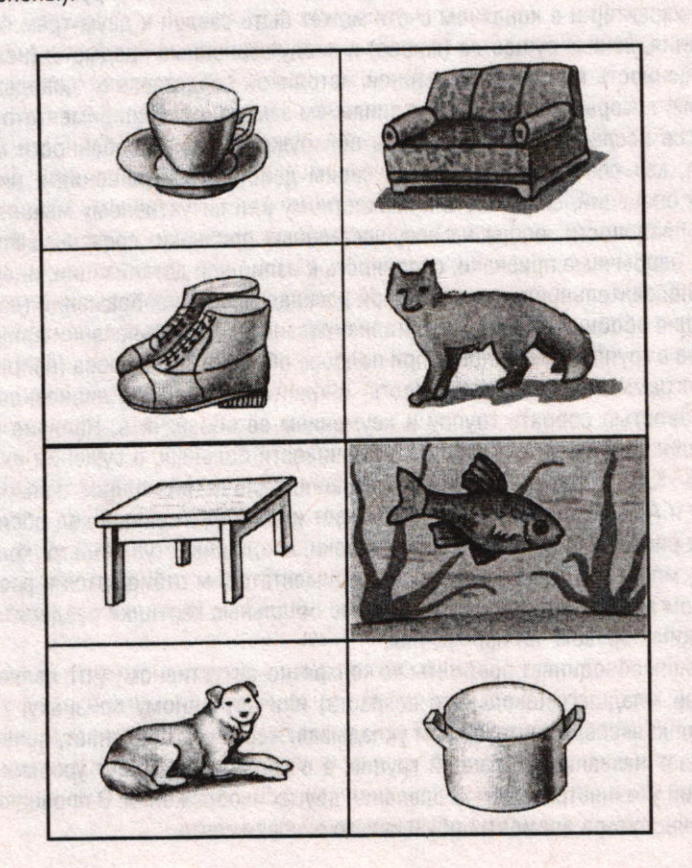
Как исследовательский инструмент, сортировка (классификация) предметов была разработана в 1920 г. Куртом Гольдштейном (Goldstein Kurt, 1878–1956) для исследования больных с афатическими расстройствами, видоизменялась [Goldstein—Scheerer Object Sorting test, 1941], а в оригинале предполагала классификацию реальных предметов. Позднее методика была модифицирована Л. С. Выготским, А. Р. Лурией и Б. В. Зейгарник, причем изменения в основном сводились к замене реальных предметов на изображения на карточках.

Методика предназначена для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений, критичности, дает возможность анализа личностных реакций больных на свои достижения и неудачи.

Выявлено, что на классификацию влияют: форма представления материала, степень знакомства с ним, содержание и специфика той области, к которой относится классифицируемый материал (например, может влиять практическая значимость того или иного аспекта материала для жизни в конкретных условиях).

Стимульный материал методики представляет собой набор нескольких десятков карточек (в стандартном варианте — 70 цветных и черно-белых), которые могут быть расклассифицированы по категориям: овощи-фрукты, одежда, животные, насекомые, рыбы, люди, растения, посуда, мебель, транспорт, измерительные приборы и т. п. Характер изображений на карточках должен предусматривать возможность различных ступеней обобщения. С целью избегания артефактов и обеспечения сравнительного анализа С. Я. Рубинштейн настаивает на использовании комплекта изображений, разработанных в Институте психиатрии МЗ РСФСР. Однако стилистика изображений из этого набора, типичная для периода времени более чем полувековой давности, скорее уместна для исследований взрослых, а не современных детей, погруженных в иную предметную среду. Это само может порождать дополнительные трудности, обусловленные гностическими, а не мыслительными процессами. Представляется, что проблема «осовременивания» стимульного материала должна лежать в плоскости его квалифицированного подбора и валидизации без консервативной приверженности изобразительным стандартам, типичным для предыдущих поколений.

Образцы стимульного материала для методики «Классификация предметов» (цвет и размер изменены):



Работа с методикой носит этапный характер.

На первом, предварительном этапе испытуемому в случайном порядке демонстрируются несколько карточек из комплекта, обращается внимание на то, что они различны, после чего показывается весь их набор рисунками вверх.

На втором этапе дается инструкция, сводящаяся к необходимости разложить изображения группами, «что к чему подходит» без дополнительных разъяснений о принципе раскладывания — «как вам кажется лучше». Иногда в инструкции к этому этапу может звучать мысль, что групп должно быть как можно больше, а их названия — возможно короткими.

На третьем этапе после раскладывания по группам первых 10–20 карточек испытуемый либо поощряется, либо ставится в известность об ошибочности действий с предложением исправить ошибки и дать общее название каждой группе сложенных вместе изображений. В отношении детей иногда рекомендуется проигнорировать допущенные, с точки зрения экспериментатора, ошибки объединения и отследить, не заметит ли в дальнейшем их сам ребенок.

Этот этап считается законченным, когда с известной долей точности устанавливаются все основные группы.

На четвертом этапе испытуемому предлагается объединить выделенные группы (без перекладывания отдельных карточек), сделать их более крупными, но так, чтобы каждой новой группе также можно было дать общее название. Процесс укрупнения может носить ступенчатый характер и в конечном счете может быть сведен к двум-трем большим группам — растения, живые существа (живое) и неодушевленные предметы (неживое).

Особую ценность при работе с данной методикой представляют доводы испытуемого и исправления, которые он вносит под влиянием замечаний экспериментатора.

В процессе исследования могут быть обнаружены такие особенности мыслительной деятельности, как слабая критичность к своим действиям и решениям, низкий уровень обобщающих операций, склонность к конкретному или ситуативному мышлению, элементы его разноплановости, опора на несущественные признаки, соскальзывание на яркие, чувственные, необычные признаки, склонность к излишней детализации, инертность мышления, непоследовательности суждений при раскладывании изображений (например, одни группы излишне обобщены, а другие детализированы) и при объяснении причин объединения предметов в группу, особенности при подборе обобщающего слова (например, его причудливость, аграмматичность, вычурность, инфантильность, претенциозность), контраст между способностью собрать группу и неумением ее обозначить. Наличие одноименных групп свидетельствует о рассеянности, забывчивости больных, о сужении их внимания.

Методика «Классификация» в предназначенном для детей младшего возраста варианте А. М. Шуберт и А. Я. Ивановой предусматривает иной, облегченный ход обследования. Из 12 карточек с рисунками (женщина, стол, брюки, школьник, стул, пальто, кровать, мужчина, рукавицы, младенец, шапка, шкаф) экспериментатором отбираются и раскладываются перед ребенком первые четыре с просьбой все остальные картинки разделить на уже обозначенные таким образом четыре группы.

Если ребенок объединяет предметы по конкретно-ситуативному (что является нормальным для детей младшего школьного возраста) или случайному признаку, то ему дается обучающий урок: экспериментатор сам укладывает карточку, объясняет, почему он туда ее положил, и дает название собранной группе, а в дальнейшем факт усвоения сформированных понятий уточняется путем добавления других изображений. В проведение методики начинают привноситься элементы обучающего эксперимента.

При оценке результатов работы учитываются наличие интереса и устойчивость внимания, запас общих сведений и точность представлений, способность к обобщению, маштаб использования помощи.

Во всех случаях по ходу исполнения методики и протекания ее этапов экспериментатор ведет протокол, в котором фиксируются все особенности действий испытуемого, его высказывания, эмоциональные реакции, допущенные ошибки, реплики самого экспериментатора и иные нюансы, способные обосновать интерпретацию получаемых результатов.

Классификация понятий

При использовании вербальной версии методики классификации испытуемый имеет дело с представленными на карточках конкретными словами-понятиями, которые ему также предстоит систематизировать по группам. Здесь отсутствует влияние рисунка, заранее предусматривается, что испытуемый понимает смысл слов, имеет достаточные знания об окружающих его предметах и явлениях. Стратегии классификации понятий или образов своими предпосылками уходят в доминантность левой или правой гемисферы.

Следует иметь в виду, что в случае предъявления рисунков (фотографий) предметов классификация происходила иначе, чем с реальными предметами и, тем более, их названиями (понятиями). В. М. Блейхер, И. В. Крук [1986] пишут, что особенности шизофренического мышления легче выступают при предметной классификации, она оказывается более трудной по сравнению со словесной и для больных со сниженным уровнем процессов обобщения и отвлечения, так как содержит больше элементов (детали рисунка), провоцирующих несущественные, конкретные ассоциации. При эпилепсии наблюдается склонность к детализации; больные выделяют дробные группы: одежда детская и взрослая, мебель светлая и темная и т. д. Образование одноименных групп, ничем не отличающихся друг от друга (например, двух групп овощей, цветов и т. д.), свидетельствует о сужении объема внимания, забывчивости больных и характерно для органических поражений головного мозга [Полищук, Видренко (ред.), 1979].

Если методика «Классификация предметов» в варианте Б. В. Зейгарник пригодна для работы с детьми примерно с 9 лет, а в варианте А. М. Шуберт и А. Я. Ивановой примерно с 6 лет, то «Классификация понятий» в основном ориентирована на более старший возраст.

МЕТОДИКА ИСКЛЮЧЕНИЯ [Полищук, Видренко (ред.), 1979; Переслени, Чупров, 1983; Римские (ред.), 1995; Рубинштейн, 1998; Рубинштейн, 1986; Собчик, 2007; Ратанова, Шляхта, 2003; Белопольская, 2006].

Исключение предметов

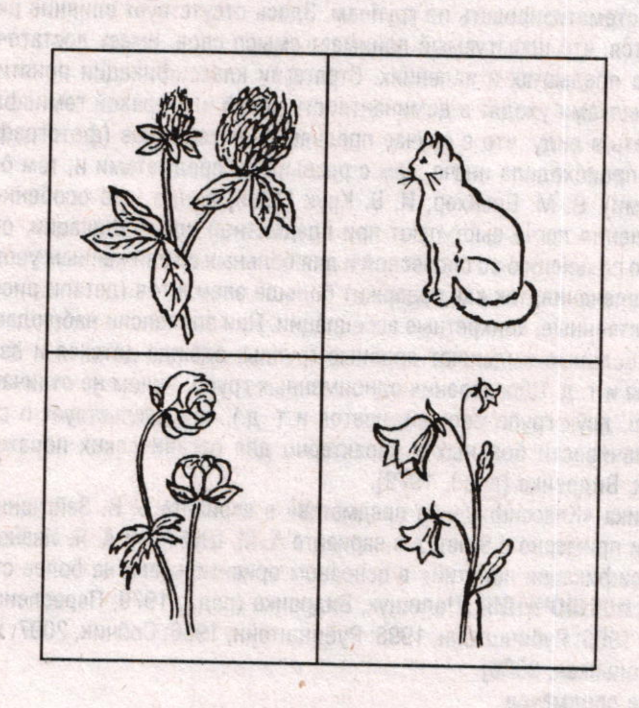
Методика предназначена для оценки способности испытуемого осуществлять операции анализа и синтеза, обобщения, абстрагирования, умения выделять существенные признаки на образном уровне. Широко используется в практике детской патопсихологии. По сравнению с методикой классификации исключение предметов предъявляет большие требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.

В качестве стимульного материала выступают обычно пронумерованные, градуированные по трудности и последовательно предъявляемые карточки с изображениями четырех предметов, три из которых, благодаря какому-то свойству, могут быть объединены в одну группу или названы одним обобщающим словом. Четвертый изображенный предмет не имеет признаков принадлежности к образованной группе и должен быть испытуемым, как лишний, исключен. Важным условием применения методики является речевое обоснование выбора, которое характеризует и определенный уровень сформированности мыслительных операций, а также развития понятийного мышления. Методика на исключение может применяться примерно с 4 лет.

Первая, самая легкая карточка может использоваться в качестве образца для подтверждения понимания задания испытуемым. В протоколе против номера карточки экспериментатор записывает название предмета, который испытуемый считает нужным исключить, а в соседнем столбце — его объяснения и то слово, которым он назвал остальные три предмета. Если ответ неправилен и экспериментатор вынужден задать наводящий вопрос, то записываются и этот вопрос, и полученный ответ. Объем и характер необходимой помощи становятся специальным предметом исследования.

При работе испытуемого с карточками нарастающей сложности необходимо отследить, с какого момента он начинает допускать систематические ошибки и каково их качество.

Образцы стимульного материала методики:



При анализе результатов у детей Н. Я. Семаго и М. М. Семаго [2005] предлагают выделять следующие варианты объединения трех предметов по отношению к четвертому.

Конкретная категория (К) — опора производится на конкретный и в то же время существенный признак. Например: «Кошка с усиками, а цветы без усиков».

Конкретно-ситуативная категория (КС) — наличие ситуации, в которой данный признак приобретает важное для различения значение. Например: выделяется птица, потому, что «у нее есть крылья, для того, чтобы летать, а остальные не летают».

Функциональная категория (Ф) — обобщающим признаком выступает конкретная функция данной группы предметов. Например, выделяется птица, потому, что «она летает, а все остальные не летают».

Понятийная категория (П) — имеется прямое указание на обобщающее понятие. Например: «Это все — обувь, а нога — часть тела».

Латентная категория ответа (Л) — смыслообразующим становится несущественный, второстепенный или случайный признак. Например, объединяются в группу очки, молоток

и птица потому, что «у них есть остренькое или похожее на клюв, а у стола их нет». Из группы (термометр, часы, весы, очки) исключается термометр, поскольку он «нужен только больному человеку» [Зейгарник, 1986].

Решение испытуемого на основе конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свидетельствует о снижении уровня обобщения. Актуализация «слабых», чрезмерно размытых признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения.

Неспособность ребенка решать даже простые задачи может быть связана с умственной отсталостью (или задержкой психического развития) и предшествующим непониманием инструкции. Если инструкции объяснена, то иногда такие дети могут верно справляться с задачами даже средней трудности, но они не способны мотивировать свои решения, то есть не могут найти слова для обозначения трех объединяемых предметов.

В. М. Блейхер, И. В. Крук [1986] рекомендуют иногда специально вводить серии рисунков, где корректное обобщение произвести невозможно. Здоровые испытуемые в таких случаях либо заявляют, что задание невыполнимо, либо говорят о том, что под давлением экспериментатора они вынужденно дают формальный ответ (идут на компромисс).

Исключение понятий

Вербальный вариант методики включает наборы из пяти слов, одно из которых обозначает объект, качество или явление, неприемлемое для объединения с другими четырьмя, имеющими какую-то смысловую связь. В остальном процедура исследования похожа на исследование по методике «Исключение предметов», то есть помимо общего числа правильных ответов обязательно учитывается и качественное обоснование испытуемого (родовое понятие), благодаря которому было произведено исключение. Часто встречающиеся нестандартные ответы являются показанием к более глубокому и полному исследованию мышления.

Примеры стимульного материала:

Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.

Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.

СРАВНЕНИЕ ПОНЯТИЙ (ТЕСТ ДИСКРИМИНАЦИИ СВОЙСТВ ПОНЯТИЙ) [Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Семаго, Семаго, 2005]. Автором методики является В. М. Бехтерев.

Методика применяется для исследования особенностей анализа и синтеза, а также для выявления особенностей протекания мыслительных операций, динамики мышления. Стимульный материал представляет специально подобранные пары слов (10–30 пар), подлежащие сравнению. От испытуемого требуется ответить на два основных вопроса — чем эти понятия похожи и чем они различаются.

Примеры стимульного материала:

утро — вечер;

поезд — самолет;

хлеб — мясо;

обман — ошибка.

Можно выделить три категории задач, которые применяются для сравнения и различения понятий [Лурия, 1979]:

1. Испытуемому даются два слова, явно относящиеся к одной категории (например, «корова — лошадь»).

2. Предлагаются два слова, у которых общее найти трудно и которые гораздо больше отличаются друг от друга, чем в предыдущем случае (например, «ворона — рыба»).

3. Третья группа задач еще сложнее — это задачи на сравнение и различение объектов в условиях конфликта, где различия выражены гораздо больше, чем сходство (например, «всадник — лошадь»).

В ряде случаев в список преднамеренно вводятся такие пары понятий, которые плохо сопоставимы между собой, например: *часы — река, стакан — петух* и т. п. [Мелешко, 1966].

Такие пары выступают своеобразными провокаторами, поскольку «склоняют» испытуемого к нестандартным решениям. Именно они оказываются показательными для обнаружения расстройств мышления. При столкновении испытуемого с такой парой необходимо наблюдать за его мимикой и поведением и при выражении им удивления давать дополнительные пояснения о необходимости особой их оценки и выделения. Здоровый человек либо отказывается проводить сравнение этих слов, либо переходит на очень широкий уровень сравнений (муха и дерево относятся к живой природе). Важно, что при этом в норме отмечаются и оценочные реплики, что свидетельствует о высоком уровне критичности мышления.

Сравнение понятий является довольно сложным процессом, поскольку оно включает в себя анализ и синтез, требующий дифференцировки существенных признаков на общие и разные для нескольких объектов. При сравнении относительно однородных объектов первыми оказываются родовые, а вторыми — видовые признаки. К относительно однородным понятиям относятся: *часы — хронометр, трамвай — троллейбус* и т. п. Различие уровней сложности различных задач зависит от степени трудности абстрагирования признаков или наглядного взаимодействия объектов, от степени трудности включения этих объектов в определенную категорию.

Отслеживается доступность необходимых мыслительных операций, в какой мере исследуемый может выходить за пределы непосредственного описания обоих предметов (понятий) и способен сравнивать их путем отнесения к какой-то категории, какая операция — нахождение сходств или различий — удается легче. Оценивается также логичность хода высказываний испытуемого. Если больной выполнить эту задачу самостоятельно не может, ему дают пример правильного выполнения этой операции и фиксируют, насколько эффективно данный принцип может переноситься им на другие примеры.

Дошкольники и младшие школьники вместо выделения общего обычно указывают на различия объектов, поскольку за операцией различения стоит наглядно-действенное и наглядно-образное мышление. За указанием на общее кроется операция введения в отвлеченную категорию, что удается детям этого возраста зачастую с трудом. Поэтому для дошкольников особенно трудны задачи второй и третьей категорий по А. Р. Лурии. У младших школьников возникает операция обобщения, которая принимает форму выделения общих признаков, но очень часто за ней кроется еще наглядное сравнение или введение предметов в общую наглядную ситуацию; для них трудны задачи третьей категории [Богданова, Корнилова, 1994].

Неумение выделить признаки сходства, а также существенные признаки различия свидетельствует о слабости обобщений больного, о его склонности к конкретному мышлению. Имея *инертное, вязкое мышление*, испытуемый соскальзывает при сравнении слов со сходств на различия или наоборот, отвлекаясь на незначительные, второстепенные моменты, уделяя им большое внимание, может терять нить рассуждений и т. д.

Больные шизофренией сравнивают объекты, пользуясь очень разнообразными, необычными признаками, в то время как здоровые люди производят сравнения по банальным, «стандартным» свойствам и качествам. Если испытуемый настаивает на сравнимости несравнимых понятий и придумывает неестественные объяснения при возможности простых обобщений («Дождь и снег — предметы влажности, перемещающиеся вокруг земли») есть основание предполагать резонерство, склонность к демагогии, нарушения логики мышления [Коркина (ред.), 2007].

ВЫДЕЛЕНИЕ СУЩЕСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ (ПРИЗНАКИ ПОНЯТИЙ) [Рубинштейн, 1998; Адрианов, Волкова, Десфонтейнес и др., 1992; Худик, 1992].

Методика предназначена для оценки способности испытуемого дифференцировать существенные признаки предметов и явлений от реально встречающихся, но второстепенных, а также корректно реализовывать последовательность рассуждений. Характер выделения признаков выступает индикатором преобладания абстрактного или конкретного стиля мышления.

Стимульный материал — ряды из шести слов, пять из которых взяты в скобки. К первому слову (вне скобок) из этих пяти необходимо подобрать два, находящихся с первым в наибольшей связи, то есть являющихся неотъемлемыми признаками первого понятия. Отобранные слова на бланке подчеркиваются.

Примеры стимульного материала:

Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).

Река (берег, рыба, рыболов, тина, вода).

Если в силу интеллектуальной слабости испытуемый не понимает, что от него требуется, то рекомендуется 1–2 задания решить вместе с ним. При следовании детей решаемый экспериментатором пример может быть предусмотрен в самой инструкции.

По окончании работы с методикой полученные результаты могут быть обсуждены, а исправления ошибочных ответов учтены для дальнейшей интерпретации качества мышления. Например, отдельные допущенные, но исправленные ошибки могут быть следствием поспешности, импульсивности или невнимательности, а систематические непоследовательные суждения, исправляемые после обсуждения, — следствием астенического состояния. Все решения, вопросы, а также дополнительные высказывания, вопросы испытуемого и ответы патопсихолога записываются в протокол. При работе с этой методикой может учитываться и время.

Тест пригоден в основном для индивидуального обследования детей примерно с 3-го класса и взрослых.

ВЫБОР ПО АНАЛОГИИ [Егорова, 1975; Блейхер, Крук, 1986; Мельников, 1997; Рубинштейн, 1998; Крылов, Маничев (ред.), 2002; Семаго, Семаго, 2005].

Простые аналогии

Методика предназначена для оценки способности испытуемого понимать и устанавливать логические связи и отношения между понятиями, умения распространять это понимание на другие логические задачи, умения различать типы неявных связей, критически соотносить их между собой, способность мыслить абстрактными категориями.

Стимульный материал представляет две колонки слов. В левой колонке дана пара слов (образец), находящихся между собой в каких-то отношениях. В правой колонке необходимо, понимая эти отношения, построить аналогичные из уже заданного обязательного слова и одного из пяти, предложенных в качестве возможных вариантов «продолжения». Последовательность конкретных задач выстраивается по степени их усложнения. Одна-две первые задачи иногда используются для пояснения испытуемому, что и как нужно делать. Общее число задач может достигать 30.

Образцы стимульного материала:

Лошадь		*Корова*
Жеребенок		*Пастбище, рога, молоко, теленок, бык*

Хлеб		*Дерево*
Нож		*Вилка, пень, лес, пила, кора*

Соскальзывание суждений на путь случайных или облегченных ассоциаций наблюдается при утомляемости больных (например, при органическом поражении мозга), но возможно и у больных шизофренией. Но если в первом случае ошибки в основном допускаются при решении относительно трудных задач, испытуемый быстро «спохватывается» и исправляет свою ошибку, если замечает неудовольствие экспериментатора, то у больных шизофренией ошибки, связанные с ненаправленностью ассоциаций (их «расплывчатостью» — С. Я. Рубинштейн), коррекции не поддаются и допускаются не только в трудных, но и в легких задачах.

При исследовании детей значимым оказывается фактор места по порядку (в ряду слов справа под чертой), на котором находится необходимое для выбора по аналогии слово. Чем ближе верный ответ находится к двум последним словам в ряду справа, тем возможнее неправильный выбор, поскольку ребенок с большей доли вероятности может остановить свой выбор на предыдущих словах в силу ряда причин, в том числе импульсивности, усталости или пресыщения. Достаточно часто при инертности мышления или инертности деятельности в целом ребенок подбирает к следующей паре слово в соответствии с логикой связи, выбранной в предыдущем задании [Семаго, Семаго, 2005]. Однако это не всегда является признаком инертности, а иногда может быть расценено как истинная недоступность анализа логической связи.

Использование методики целесообразно примерно с 10 лет.

Сложные аналогии

Иногда встречается в литературе под наименованием «Логика связи». Методика (предложена Э. А. Коробковой) предназначена для оценки тех же параметров психического функционирования, что и в «простых аналогиях», в том числе способности к переносу обобщений из одной ситуации в другую, но отличается от нее повышенной сложностью, большим уровнем абстрагирования, а технически — характером стимульного материала. Последний включает шесть пар пронумерованных слов, отношения (логические связи) между которыми служат образцами. Далее испытуемому предлагаются другие 18–20 пар слов, для каждой из которых нужно решить, какому из образов данная пара соответствует. Рядом с тестовой парой проставляется номер аналогичной пары образца.

Образцы стимульного материала:

1. Овца — стадо.

2. Малина — ягода.

3. Море — океан.

4. Свет — темнота.

5. Отравление — смерть.

6. Враг — неприятель.

7. Испуг — бегство.

8. Физика — наука.

…………………

…Пение — искусство.

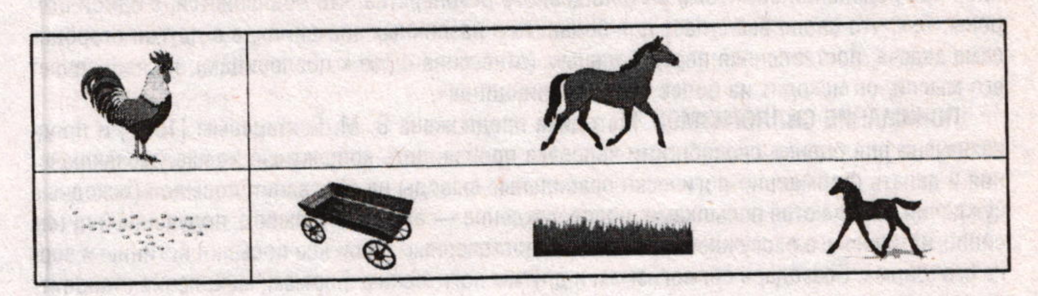
Чаще всего эта методика оказывается полезной для выявления соскальзываний, внешних паралогичных умозаключений, то есть растекаемости мышления, наблюдаемой при шизофрении. Анализ экспериментальных данных здесь основывается не столько на ошибках и неправильных решениях, сколько на тех рассуждениях, которыми ответ обосновывается (за формально верным решением может скрываться фактически ложное понимание представленных отношений).

АНАЛОГИЯ ОБРАЗОВ (ПРОСТЫЕ НЕВЕРБАЛЬНЫЕ АНАЛОГИИ) [Семаго, Семаго, 2003].

Методика предназначена для исследования детей 4,5–6,5-летнего возраста, не владеющих навыками чтения. Выполнение заданий в полном объеме считается условно нормативным для

детей, начиная с 6 лет. Ребенку предлагается бланк, в левой части которого даны два изображения, находящиеся между собой в каком-то отношении. Характер этих отношений в первом задании объясняется экспериментатором. В правой части бланка из нескольких вариантов необходимо подобрать к нужному предмету такой рисунок, который в паре с ним воспроизведет аналогичные отношения. Затем по той же схеме, но уже без объяснений, предъявляются следующие задачи. Для усложнения методики вместо реалистичных изображений могут быть предложены более абстрактные.

Примеры стимульного материала (размер и цвет изменены):



Кроме показателей, традиционных для методик на подбор аналогии, учитываются стратегия выявления ребенком логических связей и отношений между понятиями, характер обучаемости и объем необходимой помощи со стороны взрослого.

ПОНИМАНИЕ ПОСЛОВИЦ И МЕТАФОР [Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998]. Методика, предложенная в современных формах Б. В. Зейгарник [1934], применяется для исследования особенностей мышления — способности к обобщению, отвлечению, абстрагированию и переносу, уровня мышления, целенаправленности и критичности.

Испытуемому устно или на карточках предлагают несколько часто употребляемых метафор и пословиц (языковых форм, способных через конкретные ситуации передавать обобщенные суждения) и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл *(«золотая голова», «золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа», «медный лоб» и др.)*.

Всякая метафора — перенос термина из одной системы или уровня значений в другую. Истолкованная буквально, всякая метафора абсурдна; она всегда рассчитана на понимание, способность субъекта самостоятельно извлекать и анализировать подразумеваемые ею ассоциации. Метафора никогда не бывает однозначной, она сознательно строится по принципу «как если бы» [Кон, 1984]. Буквальное истолкование пословицы или метафоры, соскальзывания на приблизительный смысл, простое ее пересказывание будут свидетельствовать о недостаточности уровня обобщения (например, при умственной отсталости, прогрессивном параличе). Несколько лучше выглядит подбор конкретных жизненных ситуаций под ту или иную пословицу, но оптимальным является раскрытие общего смысла пословицы, ее абстрагированное толкование.

Существуют варианты этой методики, когда для данной пословицы нужно найти соответствующую ей по значению фразу в ряду других (отличая от сходных в формально-лексическом отношении) или другую пословицу, что облегчает задачу лицам, плохо вербализирующим понимаемое (например, *«Каков поп, таков и приход» — «Яблоко от яблони недалеко падает»*; *«Куй железо, пока горячо» — «Золото тяжелее железа», «Железо кует кузнец», «Не откладывай дело в долгий ящик»* [Зейгарник, 1958; Рушкевич, 1953; цит. по: Блейхер, Крук, Боков, 2002]. Последняя модификация чаще используется для выявления

нарушений мышления по шизофреническому типу. Так, например, В. М. Блейхер пишет, что объяснение переносного смысла пословиц у ряда больных шизофренией оказывается сохранным и гораздо более ценна в информативном отношении при этом заболевании методика соотнесения пословиц с фразами [Блейхер, Крук, Боков, 2002]. Дополнительную нагрузку может нести предложение испытуемому придумать ситуацию, подходящую для данной пословицы. Усложнения задачи можно достигнуть уходом от привычных пословиц и предъявлением редко употребляемых в быту.

По мнению Б. В. Зейгарник [1986], данная методика легко провоцирует лиц с шизофренией на проявления симптома выхолощенного резонерства, что объясняется, с одной стороны, тем, что слово выступает для больного в различных значениях, а с другой стороны, сама задача, поставленная перед больным (отнесение фраз к пословицам), не направляет его мысли, он исходит из более общих «принципов».

ПОНИМАНИЕ СИЛЛОГИЗМОВ. Методика предложена В. М. Бехтеревым [1991] и предназначена для оценки способности человека производить корректные новые умозаключения и делать формально-логически правильные выводы на основании посылок (исходные суждения называются посылками, новое суждение — выводом). Вывод, полученный путем силлогистического рассуждения, считается достоверным, если все посылки истинны и верна его форма. Благодаря силлогизмам и другим логическим формам, мышление становится доказательным, убедительным, непротиворечивым. Качество посылок является особой заботой составителей методики.

Существуют разные формы стимульного материала, сопровождаемые различными инструкциями испытуемым. Например, в одном случае в конкретных заданиях вывод уже сформулирован, а от испытуемого требуется оценить его правильность, то есть соответствие посылкам, а в другом случае сам испытуемый находит правильное решение, опираясь на строгие логические правила и системы отношений, и вписывает ответ на подготовленное место. Обычно в инструкции специально оговаривается необходимость руководствоваться только логикой и никакими иными соображениями. Иногда в стимульный материал специально вводятся некорректные посылки для того, чтобы отследить реакцию испытуемого (в частности, его критичность) при столкновении с логически неразрешимой задачей.

Образцы стимульного материала:

У каждого государства есть флаг.
Замбия — государство.
Следовательно, у Замбии есть флаг.
Медь электропроводна.
Медь — металл.
Следовательно, все металлы электропроводны.

Как обнаружил еще В. М. Бехтерев [1991], при исследовании по данной методике здоровые лица обнаруживают такие тенденции:

1) производят оценку посылок в соответствии с содержанием данных в них понятий или в соответствии с фактами, несмотря на предупреждении о том, чтобы на содержание внимания не обращать (логически вытекающий из посылок вывод может не соответствовать бытовым представлениям и опыту человека); введение таких оценок обнаруживает зависимость от уровня образования;
2) многие из испытуемых не обращают внимания на объем понятий, указываемых в посылках словами «все» и «некоторые», и точно так же не соотносят объем вывода с объемом посылок.

А. Р. Лурия [1974] использовал силлогизмы, строившиеся из посылок, в которых испытуемые имели собственный практический опыт, переносимый в новые условия. В другом случае силлогизмы оперировали материалом, в котором испытуемые не имели личного опыта, и операции вывода из силлогизма должны были носить чисто теоретический характер. Анализ допускаемых ошибок позволил ему сделать выводы, которые могут представлять общую ценность в интерпретации результатов по методике.

Лурия считал, что есть три причины, существенно ограничивающие возможности теоретического, вербально-логического мышления при решении силлогизмов.

Первая заключается в недоверии к исходной посылке, если она не воспроизводит наглядный личный опыт, в отказе принять ее и исходить из нее как из реального основания для дальнейших рассуждений. Часто испытуемые вообще игнорируют посылку. Продолжая рассуждать только лишь на основании непосредственного опыта, они не высказывают суждения вне этого опыта, ссылаясь на то, что они «там не были», что они «не видели» фактов, о которых идет речь, что они могли бы сказать, «если бы увидели» или «если бы знали». Процесс вербально-логического рассуждения подменяется здесь процессом воспоминаний о наглядно полученных впечатлениях.

Вторая причина, ограничивающая процесс вывода из силлогизма путем вербально-логического рассуждения, кроется в том, что посылки силлогизма не имеют для испытуемых всеобщего характера, воспринимаются скорее как частные сообщения, воспроизводящие какое-то явление. От посылок, лишенных характера всеобщности, поступает, естественно, лишь частная информация, которая не создает твердой логической системы и не дает оснований для логических выводов. Поэтому, даже хорошо запомнив посылку, испытуемые продолжают строить независимые от нее догадки или обращаются к личному опыту.

Третья причина, ограничивающая возможность теоретического вывода, вытекающая из предшествующей, заключается в том, что предъявленный силлогизм легко распадается на три независимых, изолированных частных положения, не образующих единую логическую систему и не дающих поэтому основания для того, чтобы мысль двигалась внутри этой системы. Выслушав силлогизм, испытуемые фактически не получают ничего, кроме трех изолированных предложений, заставляющих обращаться либо к догадке, либо к их непосредственному конкретному опыту.

Сходный подход был реализован и в одной из работ Т. В. Черниговской и В. Л. Деглина [1986], где использовались варианты силлогистических задач, различающихся степенью абстрактности (№ № 2, 4, 5, 6, 10, по мнению авторов, относительно абстрактны, а № № 1, 3, 7, 8, 9 могут спровоцировать привлечение жизненного опыта).

Образцы силлогизмов:

1. Во всех реках, где ставят сети, водится рыба.
На реке Нева ставят сети.
Водится в Неве рыба или нет?

....

10. Все млекопитающие кормят своих детей молоком.
Кенгуру — млекопитающее.
Кормит кенгуру своих детей молоком или нет?

Задания сопровождались просьбой к испытуемому дать дополнительные объяснения сделанному решению, что, в свою очередь, способствовало оценке ответа как теоретического или эмпирического.

В. И. Гинецинский [1997] приводит одну из классификаций ошибок, допускаемых при решении силлогизмов в рамках обычного мышления:

Ошибки в посылках, в основаниях доказательства:

а) ложное основание: доказываемый тезис пытаются вывести из ложных посылок;

б) предвосхищение основания: доказываемый тезис пытаются вывести из таких посылок, которые, может быть, и не ложны, но еще сами нуждаются в том, чтобы доказать их истинность;

в) порочный круг: тезис выводят из посылок, а посылки, в свою очередь, выводятся из тезиса, так что получается круг, который не доказывает ни тезиса, ни посылок.

Ошибки в отношении тезиса, мысли, которые следует доказать:

а) подмена тезиса: начав доказывать один тезис, через некоторое время в ходе того же доказательства начинают доказывать уже другой тезис, сходный с начальным только внешне;

б) чрезмерное доказательство: из данных посылок следует не только доказываемый тезис, но и какое-нибудь ложное положение.

Ошибки в аргументации:

а) тезис не следует из посылок: в подтверждение тезиса выставляются аргументы, сами по себе верные, но не являющиеся достаточным основанием для тезиса;

б) аргументация к тому, кто выдвинул тезис (argumentum ad hominem): вместо обоснования истинности или ложности тезиса с помощью объективных аргументов пытаются все свести к положительной или отрицательной характеристике личности человека, утверждение которого поддерживается или оспаривается;

в) аргументация к тем, кто слушает (argumentum ad publicum): вместо обоснования истинности или ложности выдвинутого тезиса с помощью объективных аргументов пытаются все свести к воздействию на чувства людей и тем самым не дать им возможность составить объективное мнение о предмете, подлежащем обсуждению;

г) поспешное обобщение: свойство, обнаруженное только у части предметов данного класса, переносят на все предметы этого класса;

д) смешение причинной связи с простой последовательностью во времени («после этого, значит по причине этого»).

МЕТОДИКА «КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ» [Бодрова (ред.), 2003]. Эта методика близка «Пониманию силлогизмов» и направлена на оценку способности к логическим умозаключающим операциям, построенным на хорошо усвоенных всеми людьми количественных связях.

Стимульный материал представляет предложенный на бланке набор из 18 задач, в которых на основании двух посылок (числовых отношений) нужно сделать умозаключение о том, какое число больше. Задачи решаются только в уме, а время работы с методикой фиксируется (иногда ограничивается 10 минутами).

Образец стимульного материала:

А больше Б в 3 раза.

Б больше В в 2 раза.

А В

ВЫДЕЛЕНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ (ЧИСЛОВЫЕ РЯДЫ) [Рогов, 1999].

Решение мыслительной проблемы выделения закономерностей может быть осуществлено с помощью разных методик, среди которых одна из наиболее распространенных — методика «Числовые ряды».

Методика предназначена для определения уровня развития математических способностей, аналитической составляющей индуктивного мышления в условиях ограниченного времени, способности теоретизировать, находить причинно-следственные связи между явлениями.

Стимульный материал — числовые ряды, упорядоченные по какой-то усложняющейся закономерности (организованные с помощью повторяющихся или чередующихся математических действий). От испытуемого требуется выявить эту закономерность в каждом ряду и закончить ряд одним-двумя числами либо, в некоторых вариантах методик, — заполнить пробелы между числами.

Примеры стимульного материала:

1 3 5 7 ___

....

9 11 15 ___ 39 71

....

7 21 18 6 18 15 5 ___ ___

Время работы с методикой может фиксироваться или ограничиваться.

Следует обращать внимание на то, способен ли испытуемый гибко менять способ поиска закономерности либо шаблонно придерживается алгоритма, выработанного для первых простых рядов.

ВЫДЕЛЕНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ (МЕТОДИКА Б. И. ПИНСКОГО) [Блейхер, Крук, Боков, 2002; Богданова, Гиппенрейтер, Григоренко, 2002]. Методика предназначена для оценки умения выделять закономерности и реализовывать эти умения в конструктивном праксисе. В силу своей наглядности и компактности особенно пригодна для исследования умственно отсталых. Она состоит из трех экспериментальных заданий возрастающей сложности, включающих раскладывание в определенном порядке набора красных (К) или черных (Ч) и белых брусков (Б) (прямоугольников) одинаковой величины.

Обследуемому предлагают удлинить начатый исследуемый «заборчик»:

I задание — КБ КБ КБ;

II задание — КББ КББ КББ;

III задание — КБ КББ КБББ.

При анализе выполнения задания обращается внимание, предшествует ли началу деятельности уяснение принципа задания, насколько стереотипен избранный обследуемым модус деятельности, как влияют на эту деятельность случайные побуждения (например, меняет ли он найденный принцип, если кончились бруски одного цвета). Существенное значение имеет обнаруживаемая при исследовании тенденция переносить в готовом, неизмененном виде прошлый опыт на решаемую в настоящий момент задачу.

ПОНИМАНИЕ СЮЖЕТНОЙ КАРТИНЫ [Бернштейн, 1921; Блейхер, 1983; Блейхер, Крук, Боков, 1996; Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997; Лурия, 2000; Головей, Рыбалко, 2002; Белопольская (сост.), 2005; Семаго, Семаго, 2005; Тонконогий, Пуанте, 2007].

Задание направлено на исследование интеллектуального уровня, возможности осмысления изображения, оценку уровня сформированности речемыслительной деятельности, во многом обусловленной работой лобной коры, особенностей зрительного восприятия, в частности, способности к симультанному синтезу, а также понимания подтекста изображения. В некоторых случаях при соответствующем содержании картинок — и для изучения эмоционального отношения к нравственным нормам [см. Дерманова (ред., сост.), 2002].

В качестве стимульного материала могут использоваться картинки, различающиеся сюжетной сложностью, степенью реалистичности и рассчитанные на разные возрастные группы — начиная от репродукций известных живописных произведений и заканчивая специально подготовленными, стилизованными для детей изображениями, включающими, в частности, юмористические или назидательные компоненты. Возможно и применение картинок, отличающихся сюжетной незавершенностью и глубоким эмоциональным подтекстом.

Пример сюжетной картинки:



Для оценки перцептивных функций испытуемому на короткое время (неограниченная экспозиция целесообразна для исследования мышления) предъявляют несколько сюжетных картинок с просьбой их интерпретировать или составить короткий рассказ об увиденном. При наличии расстройств зрительного гнозиса отдельные детали картинок улавливаются верно, но целостного представления о сюжете не складывается из-за того, что целый ряд значимых для понимания сюжета фрагментов за отведенное время не воспринимается и не осмысливается. В результате составленный рассказ оказывается не адекватным изображению.

По ходу работы с испытуемым отслеживается импульсивность в поведении, а также задаются наводящие вопросы, позволяющие уточнить глубину понимания происходящего, критичность к себе и степень сохранности вербального фактора (умения сформулировать реально замеченное).

Описывая картину, обследуемый не только обнаруживает понимание ее сюжета, но и демонстрирует запас знаний и особенности речи (степень развернутости и связанности высказываний, наличие аграмматизмов), свое отношение к изображенным событиям. При обследовании ребенка учитывается, насколько он способен к разворачиванию собственной речевой активности или же его речь носит репродуктивную форму, то есть выстраивается как ответы на вопросы экспериментатора [Семенович, 2002], присутствуют ли в рассказе элементы фантазирования и домысливания.

Затруднения понимания сюжетных картин обнаруживаются при состояниях, характеризующихся интеллектуальной недостаточностью, тогда же может регистрироваться бедность словарного запаса. При симультанной агнозии у больных возникают затруднения, заключающиеся в невозможности охватить всю ситуацию и произвести зрительный синтез, а при

поражениях лобных отделов головного мозга оценка картины производится без ориентировочной фазы в сюжете, в эмоциональном фоне картины, на основании случайно выхваченного из контекста фрагмента и при фрагментарности восприятия в целом [Хомская, Батова, 1998].

При эпилепсии в интерпретации картин типичны чрезмерная детализация ассоциаций и обстоятельность суждений, медленное понимание смысла картин.

Использование юмористических рисунков позволяет судить о некоторых личностных особенностях обследуемого, о понимании им юмора, об умении отклинуться на шутку, о тенденции соотнести ситуацию юмористического рисунка со своим жизненным опытом [Блейхер, Крук, Боков, 1996].

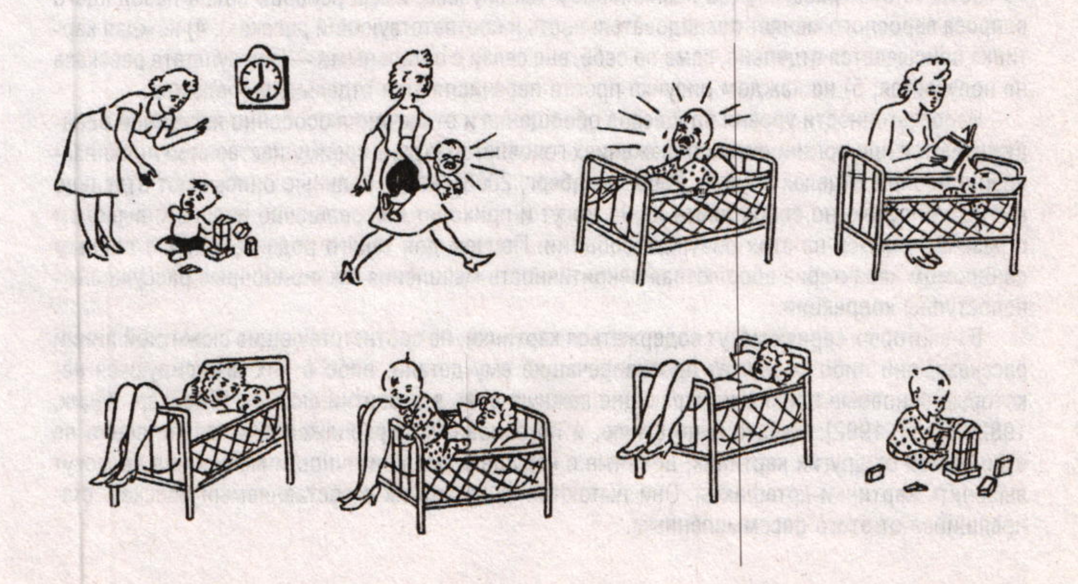
Понимание простых сюжетных картин возможно уже с трех лет. Ребенок правильно называет изображенное на картинке, с четырех лет хорошо ориентируется во временах года, с пяти лет возможна группировка картинок по сюжетам.

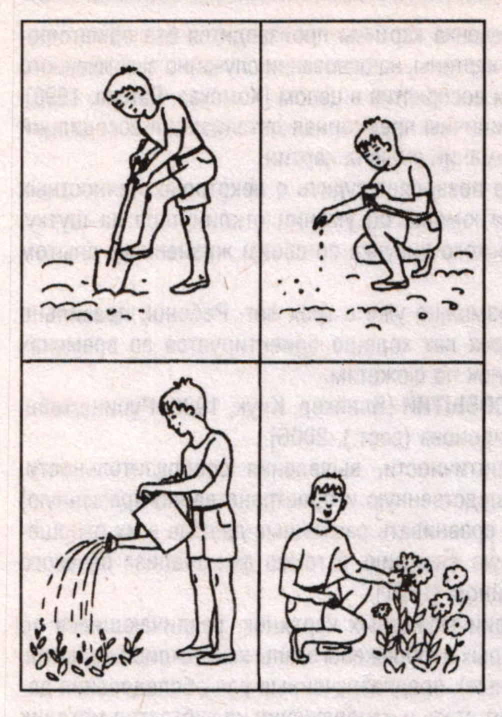
УСТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СОБЫТИЙ [Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Гуткина, 2000; Семаго, Семаго, 2005; Миронова (сост.), 2006].

Методика предназначена для оценки критичности, выявления сообразительности, умения понимать связь событий (причинно-следственную и пространственно-временную) и строить последовательные умозаключения, сравнивать различные данные в их отношениях друг к другу, оценивать предсказательную функцию, а также для анализа речевого развития ребенка. Предложена А. Н. Бернштейном [1921].

Для проведения опыта используются серии сюжетных картинок, различающиеся по сложности (3–8 картин в одной серии), на которых изображены этапы какого-либо события. Существуют комплекты (цветные и монохромные), предназначенные для обследования детей и взрослых. Стимульным материалом могут стать и изображения из субтестов методик Бине—Симона, Векслера и Мейли. Для аналогичных целей часто используются юмористические рисунки датского художника Х. Бидструпа, рисованные рассказы Н. Э. Радлова и В. Г. Сутеева для детей. Однако наличие в подобных рисунках (или в карикатурных изображениях) компонентов юмора может смещать направленность исследования в сферу доступности понимания комичности ситуации.

Образцы разных вариантов последовательных картинок:





Испытуемому предлагается беспорядочно расположенные картинки разложить так, чтобы по ним можно было составить связный рассказ. Необходимо выделить существенные детали и их изменение на разных картинках для оценки смысловой линии сюжета. Иногда для полученного ряда предлагается подобрать и название.

Последовательность картинок записывается. Существуют серии, в которых возможен лишь один вариант правильного разложения, и серии, в отношении которых возможны вариации последовательности. При необходимости испытуемому могут быть заданы вопросы, цель которых — помочь ему обнаружить противоречия в рассуждениях. При обследовании детей частью процедуры может оказаться дозированная помощь с последующим контролем того, насколько эффективно возможен «перенос» усвоенного способа рассуждений на новую ситуацию.

При объяснении больным хода своих рассуждений необходимо выяснить, что служило основным критерием для сопоставления этих рисунков во времени — выделил ли больной общие для всех рисунков серии элементы, как улавливались им изменения, отличающие один рисунок от другого.

Считается, что испытуемый не справился с заданием, если: 1) не смог найти последовательность событий и отказался от рассказа; 2) по найденной им самим последовательности картинок составил нелогичный рассказ; 3) составленная испытуемым последовательность не соответствует рассказу (за исключением тех случаев, когда ребенок после наводящего вопроса взрослого меняет последовательность и соответствующий рассказ); 4) каждая картинка описывается отдельно, сама по себе, вне связи с остальными — в результате рассказа не получается; 5) на каждом рисунке просто перечисляются отдельные предметы.

Недостаточности уровня процессов обобщения и отвлечения особенно явственно обнаруживаются при органических поражениях головного мозга с преимущественной локализацией в лобных отделах [Лурия, 2000; Голдберг, 2003], когда больные описывают отдельно каждый рисунок, но сопоставить их не могут и приходят к совершенно нелепым выводам о развивающемся на этих рисунках событии. Причем для такого рода больных с лобным синдромом характерна абсолютная некритичность мышления, их ошибочные рассуждения недоступны коррекции.

В некоторых сериях могут содержаться картинки, не соответствующие сюжетной линии рассказа, они либо содержат противоречащие ему детали, либо в них игнорируются некоторые основные признаки, играющие важную роль в развитии сюжета [Блейхер, Худик, 1982; Худик, 1992]. Однако и по стилю, и по основным персонажам они существенно не отличаются от других картинок. Больные с нарушениями критичности мышления не могут выделить картинки-артефакты. Они пытаются включить их в составляемый рассказ, становящийся от этого бессмысленным.

Интеллектуальное недоразвитие, затрудненность осмысления, свойственные умственно отсталым и больным с органическими заболеваниями мозга, проявляются в том, что больные, справляясь с легкими сериями, не могут ориентироваться в более трудных.

Отчетливо диагностируются с помощью данной методики некоторые формы инертности психических процессов больных: разложив в первый раз картинки неправильно, они, после сделанного замечания, в дальнейшем несколько раз подряд повторяют ту же ошибочную версию последовательности. Такая «склонность к застреваниям» наблюдается при некоторых органических заболеваниях мозга в детском, а также в старческом возрасте.

Возможны варианты поведения, при которых составленный рассказ очевидно не соответствует содержанию или порядку разложенных рисунков, а попытки экспериментатора обратить внимание на это никак испытуемым в расчет не принимаются. Таким образом выявляется некритичность мышления (при глубоком слабоумии, паралитических синдромах и др.).

Некоторые больные не в состоянии установить последователь событий по 5 или 6 картинкам, так как не могут охватить столь значительный объем данных. Если ту же серию сократить, то есть ограничить задачу этапами (первой, средней и последней картинкой), они успешно справляются с заданием. Такое сужение объема доступных для рассмотрения данных наблюдается при сосудистых и иных астениях органического генеза.

Затруднения в установлении сюжета по серии рисунков свидетельствуют о недостаточности уровня процессов обобщения и отвлечения. При патологии в лобной доле больные в отдельности описывают каждый рисунок, но сопоставить их не могут и приходят к совершенно нелепым выводам о развивающихся на этих рисунках событиях. Для таких больных характерна и абсолютная некритичность мышления, их ошибочные рассуждения не корригируются [Блейхер, 1983].

При исследовании детей возможно проведение методики с уже заданной экспериментатором последовательностью картинок, по которым испытуемый также должен составить рассказ, избегая необдуманных догадок [Полонская, 2007].

ПОНИМАНИЕ РАССКАЗА (ПОНИМАНИЕ ПРОЧИТАННОГО ТЕКСТА, ПОНИМАНИЕ СКРЫТОГО СМЫСЛА) [Бернштейн, 1921; Римские (ред.), 1995; Лурия, 2000; Семаго, Семаго, 2005].

Предназначена для исследования степени осмысления сюжета рассказа, состояния памяти обследуемого; при исследовании детей оцениваются возможность построения ребенком развернутого высказывания, характеристики связной речи ребенка, принятие им помощи.

Для исследования применяются специально подобранные разной степени сложности (в том числе в синтаксическом отношении) небольшие рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи, имеющие не только очевидный сюжет, но и подтекст (как, например, в методике «Воспроизведение рассказов» — см. выше).

В зависимости от задач исследования рассказ или зачитывается экспериментатором, или чтение осуществляется испытуемым, после чего его просят рассказ пересказать.

Существенное значение имеет следующее: насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, понимает ли он основную мысль, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая или скрытая сторона рассказа. При исследовании детей целесообразно для каждого рассказов заранее подготовить несколько наводящих вопросов, позволяющих, с одной стороны, подсказать ребенку нужное направление поиска смысла, а с другой — уточнить его способность в дальнейшем пользоваться найденной тактикой мышления.

Б. А. Казаковцева и В. Б. Голланд (ред.) [1998] указывают на следующие недостатки в понимании читаемого:

а) неспособность вспомнить факты из прочитанного;
б) неспособность сделать заключение или выводы из сущности прочитанного;
в) для ответов на вопросы о прочитанной истории используются скорее общие знания, чем информация из конкретного рассказа.

Понимание скрытого, переносного смысла рассказа часто бывает затруднено при интеллектуальной недостаточности, хотя пересказ при этом очень близок к заданному тексту.

При использовании поучительных рассказов легко выявляются резонерские особенности мышления.

Пример рассказа для детей:

Муравей и голубка

Муравей захотел напиться и спустился вниз к ручью. Вода захлестнула его, и он начал тонуть. Пролетевшая мимо голубка заметила это и бросила ему в ручей ветку. Муравей взобрался на эту ветку и спасся.

На следующий день муравей увидел, что охотник хочет пойти поймать голубку в сеть. Он подполз к нему и укусил его в ногу. Охотник вскрикнул от боли, выронил сеть. Голубка вспорхнула и улетела.

Говоря о специфике понимания скрытого смысла коротких рассказов детьми, воспитывающимися в различных социокультурных условиях, Н. Я. Семаго и М. М. Семаго [2005] отмечают следующее. Детям, воспитывающимся вне семьи (в дошкольных, а впоследствии в школьных образовательных учреждениях интернатного типа), подобные рассказы часто оказываются недоступными в связи с их «исключенностью» из реальной социальной жизни. Эти условия существования формируют у них обычно ответы эгоцентрической и конкретной трактовки. Дети с искаженным развитием вне зависимости от уровня своего интеллектуального развития редко способны понимать скрытый смысл и подтекст рассказов, в том числе юмористических. Необходимость большого объема помощи, трудности переноса на последующий материал логики рассуждений или даже полная недоступность понимания простых рассказов детьми старше 8–8,5-летнего возраста будут свидетельствовать о проблемах собственно интеллектуального плана.

НЕДОСТАЮЩИЕ ПРЕДМЕТЫ (НЕДОСТАЮЩИЕ ДЕТАЛИ) [Белопольская, 2003; Собчик, 2003]. Методика предложена Г. И. Россолимо [1917] и может проводиться в разных вариантах.

Наиболее широко эта методика известна как один из невербальных субтестов шкалы интеллекта Д. Векслера [Филимоненко, Тимофеев, 2002], но помимо этой ее формы существуют и другие варианты стимульного материала, предназначенного избирательно для оценки функции восприятия [Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997; Немов, 2001].

Испытуемому предлагается серия рисунков, на каждом из которых либо не хватает какой-то существенной детали, либо сам образ какого-то объекта не полон. Испытуемый получает задание как можно быстрее определить (самостоятельно или с помощью экспериментатора) и назвать отсутствующую деталь либо, во втором случае, назвать сам предмет, изображенный на картинке. Иногда стимульный материал предполагает наличие нескольких изображений одного и того же предмета, но в каждом очередном случае степень полноценности изображения прирастает.

В других случаях отсутствие заметной, но весьма важной по смыслу детали вносит в изображение элемент несообразности. Испытуемый может не знать точного названия недостающей части изображения или отсутствующего предмета, но должен по крайней мере показать, где она (он) должна находиться на рисунке, при определенной ясности (для экспериментатора), что испытуемый имеет в виду действительно необходимую деталь.

Образцы стимульного материала:




Исполнение методики требует внимания, тонкой визуальной перцепции (одна из решаемых методикой задач направлена на выявление связи сформированности восприятия зрительных образов с мыслительными процессами), наблюдательности и способности выявлять существенные признаки.

В зависимости от сложности стимульного материала в структуре необходимых психических процессов будет преобладать или ощущение незавершенности образа конкретного предмета, способности формировать (достраивать) его, или понимание смысла житейских ситуаций, умение делать связанные с ними умозаключения и представлять эти заключения в словесной форме.

Методика может применяться для диагностики детей с 3–6 лет, а также для испытуемых более старшего возраста с интеллектуальной недостаточностью. «Недостающие предметы» — невербальная методика, поэтому она особенно эффективна для диагностики интеллекта детей с речевыми нарушениями и нарушением слуха.

Для уточнения количественных характеристик восприятия с помощью секундомера может фиксироваться время, затрачиваемое на выполнение всего задания.

Контрольные вопросы

1. Какие характеристики детской психики оцениваются с помощью методики Керна—Йирасека?
2. Какие обстоятельства могут влиять на работу с методикой «Классификация»?
3. Чем обусловливается необходимость речевого обоснования выбора в методике «Исключения»?
4. Какие виды психической недостаточности обнаруживают себя при работе с методикой «Сравнение понятий»?
5. Какой стимульный материал используется в методике «Выделение существенных признаков»?

6. Какие ошибки могут допускаться ребенком и взрослым испытуемым при работе с методикой «Аналогии»?
7. С какого возраста возможно использование методики «Аналогия образов»?
8. Расстройства мышления при каком психическом заболевании хорошо улавливаются при использовании методики «Понимание пословиц»?
9. Какие ошибки мышления регистрируются при работе с методикой «Понимание силлогизмов»?
10. Какой стимульный материал может использоваться в методиках на выявление закономерностей?
11. Какие психические характеристики становятся предметом исследования при работе с методикой «Понимание сюжетной картины»?
12. Какие ошибки может допускать испытуемый при работе с методикой «Установление последовательности событий»?
13. Каковы психологические предпосылки правильности исполнения методики «Недостающие детали»?

2.10. ЭМОЦИИ И ИХ РАССТРОЙСТВА

Понятие эмоции в психологии до сегодняшнего дня является одной из наименее разработанных, что отражается и на многообразии ее толкований и определений (Ч. Дарвин, У. Джеймс, К. Ланге, У. Кеннон, Л. Фестингер, К. Изард, П. К. Анохин, П. В. Симонов и др.). Здесь мы принимаем концепцию, в соответствии с которой **эмоции** — это особая форма непосредственного психического отражения (в форме переживания) отношений субъекта к значимым объектам и явлениям внешней и внутренней реальности. Вплетаясь во все остальные психические процессы, эмоции выполняют функции связи между действительностью и потребностями организма и человека. Возникая в результате тех или иных воздействий, эмоции захватывают весь организм и обеспечивают генерализованный стереотипный поведенческий акт, который сам является приспособительным продуктом эволюции, предназначенным для привлечения в типичных ситуациях, сопровождающихся дефицитом аналитических оценок. С другой стороны, эмоции — это и мощный мотиватор поведения, обеспечивающий выбор одних его целей и способов их достижения и отвержения других. Особо ярко связь эмоций с мотивацией отражена в общей теории функциональных систем П. К. Анохина [1978], который в отрицательных эмоциональных состояниях видел основной источник мотивационного возбуждения, а в положительных — подкрепляющий фактор удовлетворенной потребности. Аналогичную роль положительных эмоций подчеркивал и П. В. Симонов [1975].

По отношению к эмоциям целесообразно выделить три феноменологических аспекта или канала, через которые они реализовываются и могут быть изучены:

1) эмоции субъективно переживаются и в значительной степени осознаются (это их импрессивная сторона);
2) эмоции сопровождаются многочисленными и разнообразными изменениями в центральной нервной системе и других системах организма (эндокринной, дыхательной, пищеварительной, выделительной и др.);
3) эмоции своими внешними проявлениями имеют: типичные изменения лица (мимика), выразительные изменения расположения конечностей и тела (пантомимика), голоса (сила, тембр и модуляции) и общего поведения. Это их экспрессивная сторона.

Эмоции характеризуются:

1. Временными параметрами:

- быстротой возникновения (реактивностью), которая в значительной степени зависит от пороговой чувствительности и от интенсивности имеющейся потребности (силы мотива);
- длительностью, или периодом затухания;
- быстротой перехода из одного состояния в другое (лабильностью).

2. Силовыми параметрами:

- интенсивностью внешних проявлений (в норме поведение человека определяется законом силы, в соответствии с которым сильные разражители должны вызывать сильные эмоциональные и поведенческие реакции и наоборот);
- глубиной — интенсивностью внутренних переживаний, может быть, и без очевидных внешних проявлений;
- мобилизирующим эффектом, благодаря которому становится возможным делить эмоции на стенические, повышающие жизненный тонус, и на астенические, снижающие его.

3. Качественными параметрами:

- модальностью, качеством самого субъективного переживания, которое может рассматриваться в двух плоскостях — горизонтальной (спектральном) и вертикальной (в диапазоне от примитивных до высших);
- знаком — положительным, отрицательным и кратковременно нейтральным, индифферентным, связанным с ориентацией субъекта в ситуации (необходимо различать субъективную окраску эмоции и оценку ее знака как полезности со стороны общества);
- обобщенностью — вербальным определением субъективного отношения через широкие категории типа «плохой» — «хороший», «нравится» — «не нравится» и т. п., обычно без объяснения причин;
- предметностью — увязанностью с конкретными объектами и явлениями;
- когнитивной нагрузкой благодаря способности отражать отношения и закрепляться в памяти и опыте.

Онто- и филогенез эмоций проходит те же этапы, что и остальные психические функции, свойственные человеку, от элементарных до высших форм. Наиболее древняя по происхождению, простейшая и наиболее распространенная среди живых существ форма эмоциональных переживаний — это континуум между чувствами неудовлетворения и удовлетворения, возникающий в процессе формирования дефицита или избыточности со стороны каких-то факторов внутренней среды, поисковой активности и реализации органических потребностей. Подобный слой переживаний у человека наиболее точно описывается категорией *самочувствия* (протопатическим чувством по М. И. Аствацатурову [1939]), которое основывается на ощущениях, исходящих от внутренних органов, в основном отражаемых такими мозговыми структурами, как таламус и гипоталамус [Тхостов, 1990]. Будучи связанными с органическими потребностями и с поддержанием гомеостаза, они могут быть дополнены и эмоциями, порожденными инстинктивными механизмами — половым инстинктом, инстинктом самосохранения, сохранения рода и т. п.

Ответом на запросы организма становится *эмоциональный тон ощущений* от объектов, явлений и качеств внешней среды (вкуса, запаха, цвета и т. п.), которые непосредственно полезны или вредны для живой системы в контексте существования у нее недифференцированной или конкретной потребности. Здесь вектор эмоциональной детерминированности направлен вовне и выполняет иную роль — указывает на приоритеты достижения одних объектов по сравнению с другими.

Эти две группы эмоциональных феноменов могут наблюдаться не только у человека, но и у ряда животных, что и позволяет с известной долей условности относить их к базовым, исходным, первичным, а по некоторым классификациям, и к низшим. Например, К. Изард [1980] на основании комплексного критерия, охватывающего нервный субстрат, экспрессию и субъективные переживания, выделяет 10 фундаментальных эмоций, которые не сводятся одна к другой, но комбинации которых в различных сочетаниях могут порождать всю иерархию более сложных эмоций: 1) интерес — возбуждение; 2) удовольствие — радость; 3) удивление; 4) горе — страдание; 5) гнев — ярость; 6) отвращение — омерзение; 7) презрение — пренебрежение; 8) страх — ужас; 9) вина — раскаяние; 10) стыд — застенчивость.

Психофизиологическую основу эмоций составляют весьма сложные нейрохимические и нейрогормональные процессы в целом ряде систем мозга, как подкорковых, так и корковых — гипоталамусе, таламусе, ретикулярной формации, миндалевидном теле, своде мозга, лобной и височной коре и др. [Хомская, Батова, 1998; Тонконогий, Пуанте, 2007]. Основным анатомическим субстратом эмоций являются структуры мозга, входящие в так называемую лимбическую систему. Биологически активные химические вещества, посредством которых осуществляются эти (и иные) процессы, называются *нейромедиаторами* (их около тридцати). Изменение баланса этих веществ в организме может приводить к затруднениям или облегчению в возникновении определенных эмоциональных состояний, что и используется психофармакологией.

Очевидно, что другим источником модуляций и изменения знака эмоций является внешняя среда и особенно ее социально-психологический компонент, сопоставляемый с системой потребностей и ценностных ориентаций индивида на разных этапах его развития.

Функции эмоций

Анализ эмоциональных феноменов показывает, что им присущ довольно большой перечень взаимосвязанных и взаимозависимых функций (более двадцати), важнейшие из которых перечислены ниже:

1. **Отражательная функция.** Все психические процессы в той или иной мере являются процессами отражения, и эмоции в этом отношении не составляют исключения. Специфика этой функции здесь выражается в том, что:

- эмоции отражают субъективное отношение человека к значимым объектам и явлениям внешней и внутренней реальности;
- в эмоциональной сфере отражения выделяется система эмоций, презентирующих субъекту сами потребности и удовлетворяющие их объекты, и другая система, общая для всех потребностей, помогающая субъекту в достижении этих объектов [Вилюнас, 1984];
- эмоциональные переживания, как следует еще из работ В. Вундта, выступают синтезирующей основой образа, обеспечивающей возможность целостного и структурированного отражения мозаичного разнообразия фактически действующих раздражений [Вилюнас, 1984];
- эмоции отражают изменения, имеющие характер нарушений в организме [Рейковский, 1979];
- эмоции непосредственно отражают отношения между мотивами и реализацией отвечающей этим мотивам деятельности [Леонтьев, 2002]; качество и величину актуальной потребности и вероятность (возможности) ее удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического и ранее приобретенного индивидуального опыта [Симонов, 1981];
- эмоции предвосхищают результат действия;

- отражают состояние, процесс и результат удовлетворения потребности;
- отражают строение личности, выявляя ее направленность, ее установки [Рубинштейн, 2000].

Многократное повторение аффективного содержания одной и той же ситуации приводит к постепенному отключению когнитивных процессов и, по принципу ассоциации, — к тенденции воспроизводства эмоциональных реакций как привычных или автоматизированных в случаях, если индивид попадает во внешне сходные условия. При этом причины возникшего состояния могут не осознаваться.

2. **Оценочная функция.** Позволяет обобщенно, через знак, определить полезность и вредность факторов, воздействующих на человека. Его эмоциональные оценочные способности формируются на основе инстинктивных, врожденных механизмов, опыта его индивидуальных переживаний, в результате эмоциональных сопереживаний в бытовой сфере, в воображаемых ситуациях и в сфере различных видов искусств. Оценочная эмоциональная реакция возникает независимо от воли субъекта; он не в состоянии их изменить или устранить. Эмоции в деятельности человека выполняют функцию оценки ее хода и результатов.

За крайне редкими исключениями, поведение человека, равно как и большинства животных, построено по принципу избегания негативных и получения наибольшего числа положительных эмоций (своеобразная система «наград» и «наказаний»). Эмоциональная оценка становится тем сигналом, посредством которого субъект узнает о потребностной значимости имеющегося фактора. Кроме того, положительные эмоции являются сигналом собственной поведенческой компетентности.

С учетом того, что любая система ценностей может существовать только на основе сравнения, по мнению П. В. Симонова [1981], эмоции выступают в роли своеобразной «валюты мозга» — универсальной меры ценностей, а не простого эквивалента, функционирующего по принципу: вредно — неприятно, полезно — приятно. Широко известна информационная концепция эмоций этого ученого, в соответствии с которой для формирования оценочного компонента эмоций необходимыми и достаточными являются два фактора (их соотношение): потребность и вероятность (возможность) ее удовлетворения.

Очевидно, что не только рациональная, но и эмоциональная оценка формируется как функция индивидуального времени, а это значит, что одно и то же событие разными людьми либо в разные периоды жизни одного человека может расцениваться по-разному. Временной аспект эмоциональной оценки имеет и еще одну сторону — сама она может производиться в отношении не только актуальных, но и будущих событий, а также событий прошлого, которые могут и переоцениваться.

Один из векторов «оценочного влияния» эмоций направлен и на мозг, отдельные системы которого в зависимости от знака эмоций приходят в состояние активности или пассивности, в норме избирательно обеспечивая адаптивные формы общеповеденческого реагирования. Именно мозг является хранителем эмоциональной памяти, компоненты которой становятся индикаторами оценочного сравнения.

Наблюдения показывают, что вегетативные проявления при положительных и отрицательных эмоциях в большинстве случаев одни и те же, но положительные эмоции никогда не бывают длительными, быстро дезактуализируются и не способны к кумулятивному эффекту, в отличии от отрицательных, которые продолжительны и склонны к суммации. Последние чаще, чем положительные, образуют хранящийся в памяти прочный аффективный комплекс [Юнг, 2000] — совокупность мыслей и образов, прямо или случайно связанных с ситуацией, породившей сильное эмоциональное переживание. В рамках этого комплекса актуализация одного из элементов влечет, даже против воли субъекта, введение в сознание

и других его элементов. Один из аспектов связи памяти со знаком эмоций — феномен вытеснения из сознания ярко выраженных негативно окрашенных воспоминаний.

3. **Побуждающая функция.** Эмоции или потребности, переживаемые в форме эмоций, вместе с тем являются и побуждениями к действию, образуя основную мотивационную систему человека [Изард, 1980], то есть, по сути, организуя поведение. Об этом же писал и С. Л. Рубинштейн [2000], указывавший, что эмоция в себе самой заключает влечение, желание, стремление, направленное к предмету или на него. Мотивация и эмоции — две стороны одного и того же процесса, выявляющего зону поиска, в которой будет найдено решение задачи или удовлетворение потребности. Предпосылкой побуждения является сам факт двух групп эмоций — положительных, в которых существует потребность, и отрицательных, требующих избавления. И в том и в другом случае абсолютно необходимой оказывается интеллектуальная или двигательная (поведенческая) активность либо их сочетание. Отстранение эмоций от функции побуждения в значительной мере обессмысливает и производимую ими функцию оценки [Вилюнас, 1984].

Побуждающая функция реализовывается, в частности, и в том, что многие, особенно сильные, эмоции начинают навязывать человеку некоторые стереотипные действия, даже нежелательные в конкретной ситуации.

4. **Подкрепляющая функция.** Данная функция более, чем все остальные, реализуется через физиологические механизмы. Она сводится к тому, что события, вызывающие выраженные эмоциональные реакции, запоминаются быстрее и надежнее (оставляют следы), чем не обладающие подобной способностью, а это значит, что роль этих событий и в процессах обучения оказывается большей. Основная нагрузка в этом отношении ложится на положительные эмоции, выступающие в качестве безусловного подкрепления [Симонов, 1981]. Они, как часть системного ответа на воздействия внешней среды, упрочивают ту стратегию поведения, которая привела к достижению желаемой цели. С широкой биологической точки зрения удовлетворение можно рассматривать как конечный подкрепляющий фактор, который толкает организм на устранение исходной потребности [Анохин, 1978].

Биологический смысл негативного эмоционального подкрепления («наказания») состоит в том, что возникающие отрицательные эмоции тормозят неэффективный для особи вид деятельности, заставляя искать другие способы достижения цели, другие виды деятельности, поведения или даже сменить цель. Кроме того, включение эмоциональной составляющей помогает повысить эффективность двигательной деятельности человека и выполнить значительно большую работу, чем в обычных условиях.

В то же время чрезмерное эмоциональное напряжение может отрицательно сказаться на результатах деятельности. Влияние эмоционально-мотивационных (энергетических) характеристик на продуктивность деятельности отражает закон Йеркса—Додсона, согласно которому по мере увеличения силы эмоционального подкрепления продуктивность деятельности ее успешность, качество сначала повышается, но затем, после достижения максимальных показателей, дальнейшее усиление эмоционально-мотивационного фактора ведет к ухудшению показателей деятельности (подобный закон описывается ∩-образной кривой).

Любопытно, что в качестве подкрепляющего фактора могут выступать и эмоции другой особи (субъекта).

5. **Регулирующая функция** сводится к изменению тактики поведения в зависимости от переживания успеха-неуспеха при еще незавершенном действии. На основе эмоциональных оценок индивидуум или завершает его, или отказывается от него и приступает к иному действию.

6. **Организующая функция** описывается как способность эмоций упорядочивать, структурировать, обеспечивать целенаправленное поведение, мобилизовывать интеллектуальные

и физиологические ресурсы для решения какой-то эмоционально значимой задачи. Параллельно предполагается отвлечение сил и внимания от других реально существующих проблемных ситуаций.

В конкретных условиях и при известной интенсивности эмоций (например, при аффектах) возможен прямо противоположный, дезорганизующий результат, который можно рассматривать как побочный эффект по отношению к ведущей цели поведения.

7. **Переключательная функция** актуализируется в ситуации конкурирующих мотивов: при прочих равных условиях доминирующая потребность выделяется на основе интенсивности эмоциональной окраски, что приводит и к изменению вектора целенаправленного поведения. Подобный выбор может происходить у человека не только на осознаваемом, но и на неосознаваемом уровне (интуитивно). Очевидно, что на переключательную задачу эмоций накладывает отпечаток система ценностей индивида, его личностные установки, особенно в обстоятельствах, когда в конфликт вступают ценности разных уровней (например, биологические и морально-этические).

8. **Коммуникативная функция** — в самом общем виде это передача информации собеседнику невербальными, в данном случае экспрессивными (выразительными) средствами — мимикой, пантомимикой, позой и голосом. Чарльз Дарвин был первым [1872; 2001], кто предположил, что телесные изменения, сопровождающие различные эмоциональные состояния, в частности связанные с соответствующими эмоциями движения, есть не что иное, как рудименты целесообразных инстинктивных действий, выступающих в качестве биологически значимых сигналов для своего и других видов. При этом лицевая экспрессия играет особенно важную роль в кооперации, объединении членов сообщества. Овладение коммуникативной функцией состоит из двух взаимодополняющих процессов — умением опознавать оттенки экспрессии (не все проявления эмоций идентифицируются с одинаковой легкостью) и умением пользоваться ими для информирования о собственных переживаниях, состояниях и отношениях.

Помимо вышеперечисленных, различные авторы называют и другие функции эмоций: экспрессивную, компенсаторную (замещающую), функцию «аварийного» разрешения ситуаций, предвосхищающую (эвристическую), синтезирующую, функцию активации и мобилизации организма, стабилизирующую, управляющую, контролирующую, защитную, адаптивную, санкционирующую, сигнальную и др.

В. В. Лебединский и его соавторы [1990] выделяют четыре уровня эмоционального взаимодействия с окружающим миром, различающихся степенью дифференцированности, решаемыми приспособительными задачами и в известной степени онтогенетической последовательностью.

1. Уровень полевой реактивности (оценки интенсивности средовых воздействий) исходно связан с наиболее примитивными, пассивными формами психической адаптации и участвует в решении наиболее общих задач защиты организма от разрушающих влияний внешней среды. Его приспособительным смыслом является *организация аффективной преднастройки* к активному контакту с окружающим. Аффективное переживание на этом уровне соотносится лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта.

В обыденной жизни влияние этого уровня у взрослых осуществляется опосредованно, через пространственную организацию всей окружающей среды, в том числе и эстетическую, реализующуюся через национальные, культурные традиции.

2. Уровень стереотипов. Основной задачей этого уровня является *регуляция процесса удовлетворения соматических потребностей*, или контроль за функциями самого организма. Здесь оценка воздействия опирается на его соответствие или несоответствие витальным нуждам организма.

6 Зак. 4109

Этот уровень, начиная с детства, в основном сосредоточен на аффективной регуляции ритмически организованных соматических процессов и на выработке стереотипов удовлетворения потребности, основанных на повторяемости внешних условий. Поэтому он проявляет особую чувствительность к различным ритмическим воздействиям (например, режиму питания), что можно было бы назвать привычками.

Аффективные стереотипы являются необходимым фоновым обеспечением самых сложных форм поведения человека. Но, прекрасно адаптируя к привычным условиям, этот уровень оказывается несостоятельным в условиях нестабильных.

3. Уровень экспансий. Механизмы этого уровня начинают осваиваться ребенком во втором полугодии жизни, что позволяет ему перейти к активному обследованию и освоению окружающего мира. Позже этот уровень сохраняет свое значение и обеспечивает активную адаптацию к нестабильной ситуации. На третьем уровне выделяются не только объекты желания, но и препятствия. Это становится возможным благодаря тому, что положительные и отрицательные воздействия оцениваются здесь не сами по себе, а в общей структуре.

Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание всегда вызывают тревогу, страх, то на третьем эти же впечатления мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. При этом он может испытать любопытство, азарт в преодолении опасности, гнев в стремлении к уничтожению преграды.

Подобный тип поведения особенно характерен для детей и подростков, когда задачи аффективного освоения мира наиболее актуальны и решаются наглядно, как покорение темноты, глубины, высоты, обрыва, открытого пространства и т. п. Во взрослом возрасте это влечение часто толкает человека на необъяснимые с точки зрения здравого смысла поступки.

4. Уровень эмоционального контроля (аффективной коммуникации). Он отвечает за разрешение сложных задач организации жизни индивида в сообществе. Конкретным приспособительным смыслом этого уровня является налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми — разработка способов ориентировки в их переживаниях, формирование правил, норм взаимодействия с ними. В широком смысле этот уровень, надстраиваясь над низшими, обеспечивает контроль сообщества над индивидуальной аффективной жизнью, приводя ее в соответствие с требованиями и нуждами окружающих. С появлением эмоционального контроля за аффективным переживанием можно говорить о возникновении собственно эмоциональной жизни человека.

Цель этого уровня — выделение аффективных проявлений другого человека как сигналов, наиболее значимых для адаптации к окружающему. Она осуществляется возникающей на этом уровне эмпатией. (Под *эмпатией* понимают способность входить в состояния другого человека, сопереживать, сочувствовать ему. Основу эмпатии составляют эмоциональная отзывчивость, общая сенситивность, чувствительность, а также интуиция, внимание и наблюдательность. Иногда наблюдается чрезвычайно утонченная эмоциональная чувствительность, когда неприметные и совершенно случайные детали происходящего оставляют очень глубокое впечатление, — *эмоциональная гиперестезия*.) Витально значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, прикосновение, жест.

5. Позднее [Бардышевская, Лебединский, 2003] был выделен пятый уровень — **уровень высших символических регуляций,** отвечающий за способности ребенка дифференцировать, обобщать и накапливать эмоциональный опыт, выражать его в игре, фантазиях, рисунке.

При реализации высших низшие аффективные уровни не подавляются и не выключаются. Они продолжают сигнализировать о витально значимых впечатлениях своего ряда,

что обусловливает многомерность и конфликтность аффективных переживаний человека. При прочих равных условиях онтогенетически более ранние уровни оказываются на иерархически более низкой ступени управления. В случае сверхсильных сигналов со стороны низшего уровня с их особо важным витальным смыслом он (низший уровень) может временно уйти из-под контроля и выходить на первый план.

Классификация эмоциональных явлений

Попытки создания простой линейной классификации собственно человеческих эмоциональных явлений наталкиваются на многочисленные объективные трудности, важнейшие из которых — сложные отношения эмоций с порождающим их предметным содержанием, феноменологическая полимодальность, способность эмоций к слиянию и образованию многочисленных, порой противоречивых сочетаний, многомерность, большой перечень независимых или перекрывающихся оснований для классификации (по генетическому происхождению, по уровню, по знаку, по условиям возникновения, по выполняемым функциям, по направленности, по «нормальности»-патологичности и т. д.). В результате одна и та же эмоция в разных классификационных схемах будет занимать разную позицию.

Чаще всего пользуются классификацией, построенной по эмпирическому принципу (то есть не имеющей четких и однородных оснований для систематизации) и предусматривающей наличие настроений, чувств, аффектов и страстей.

Настроение — эмоциональное состояние, во многом производное от соматического и функционального статуса организма, самочувствия, соответствующее общему беспредметному (и часто субъективно беспричинному) эмоциональному фону, который устойчив на протяжении длительного времени и накладывает отпечаток на протекание всех остальных психических процессов (восприятия, мышления и др.). Современные данные указывают на жесткую зависимость настроений от биохимического состава внутренней среды мозга.

Настроение как состояние по временному параметру может быть противопоставлено относительно кратковременным *эмоциональным реакциям* — гнева, радости, тоски, страха, выступающим в форме отклика (быстрого и неглубокого переключения в системах отношений человека к рутинным изменениям ситуаций обыденной жизни), вспышки или эмоционального взрыва (аффекта) [Смирнов, Трохачев, 1974].

По источнику своего происхождения, а также по периоду своего протекания, настроение может быть противопоставлено *эмоциональному тону ощущений* — низшему уровню врожденного (безусловнорефлекторного) эмоционального реагирования, выполняющего функцию биологической оценки воздействующих на организм человека и животных раздражителей через возникновение удовольствия или неудовольствия. Эмоциональный тон ощущений является следствием уже возникшего физиологического процесса (ощущения). Поэтому для возникновения эмоционального тона ощущений необходим физический контакт с раздражителем [Ильин, 2002].

Чувства и эмоции. Чувства — одна из наиболее противоречивых категорий в психологии эмоций, имеющая по крайней мере два способа толкования — расширительный и узкий. Проблема здесь заключается в установлении между этими понятиями родовидовых отношений.

При расширительном подходе чувства рассматриваются как синоним эмоций, а порой и как понятие более высокого уровня обобщенности, чем эмоция (эмоция предстает как частный случай чувства, чувства заключают в себе эмоцию). Разделение чувств здесь производится в соответствии с тремя иерархически организованными уровнями их осознания.

1. Плохо осознаваемые чувства, возникающие на почве органических, физиологических потребностей человека (см. выше).

2. Предметные чувства (собственно эмоции), имеющие средний уровень осознания. Это устойчивые эмоциональные переживания по отношению к ряду аспектов внешней природной и социальной среды, которые и составляют основную часть внешне выражаемых эмоций (радости, удивления, возмущения, любви, сомнения, тревоги и т. п.).

3. Обобщенные (высшие) чувства (собственно чувства) отражают созревшие мировоззренческие позиции человека, духовные ценности и идеалы, тесно связаны с мышлением и социальными влияниями (чувства возвышенного, трагического, комического, иронии, юмора и т. д.) [Рубинштейн, 2000]. По-видимому, сюда же могут быть отнесены и моральные, интеллектуальные и эстетические чувства. Все они — сложные и поздние явления, развивающиеся на базе сознания и оказывающие контролирующее и тормозящее влияние на эмоции более низких уровней.

Важнейшим составным компонентом чувства, по крайней мере на последних двух уровнях, выступает присутствие в них отчетливого отношения к тому объекту или явлению, которое это вызвало это чувство.

При узком толковании чувства прямо противопоставляются эмоциям, либо как это сделано в вышеприведенном третьем пункте (дифференцирующим фактором является наличие в чувствах выраженного когнитивного компонента), либо исходя из интенсивности, направленности и других характеристик переживаний (эмоции слабо проявляются во внешнем поведении, чувства, напротив, весьма заметны, эмоции ситуативны, чувства устойчивы [Леонтьев, 2002]; к эмоциям причисляются лишь сильные переживания, дезорганизующие текущую деятельность [Фресс, 1975; Линдсли, 1960]; чувства отличаются сложностью, эмоции — относительной простотой [Крутецкий, 1980]. В других случаях, без отчетливого указания на обоснования, чувства просто рассматриваются как частное проявление эмоций, либо критерием их выделения становится факт их возникновения на базе социальных и духовных потребностей [Симонов, 1981].

Ситуацию с определением чувств еще более запутывает то обстоятельство, что в бытовом и психофизиологическом контекстах данное понятие часто используется применительно к анализаторным системам и их сенсорным функциям («органы чувств», «способность ощущать, чувствовать»).

Аффекты — это сильные, внезапные, бурно протекающие и относительно кратковременные эмоциональные состояния, сопровождающиеся резко выраженными двигательными и соматовегетативными проявлениями (ярость, ужас, восторг, отчаяние). Аффект можно рассматривать как защитную реакцию организма человека в ответ на воздействия как биологически значимых факторов, угрожающих физическому благополучию и жизни, так и факторов социальных, психотравмирующих, угрожающих самооценке или социальному статусу (например, в ситуации оскорбления или унижения).

Отличительной особенностью аффектов является то, что они возникают в ответ на уже фактически наступившее критическое событие при неспособности субъекта найти быстрое и разумное его разрешение. Подобные обстоятельства приводят к навязыванию субъекту стереотипных, закрепившихся в эволюции (и потому плохо контролируемых, внешне бессмысленных и даже вредных) «аварийных», но по-своему адаптивных действий типа бегства, оцепенения, агрессии и т. п. [Леонтьев, Судаков, 1978]. Это *физиологические аффекты*.

Если интенсивность переживаний достигает такой степени, которая полностью блокирует произвольное управление поведением и его контроль, что обычно сопровождается

и изменениями со стороны сознания, то в подобных случаях говорят о *патологическом аффекте* (описание см. ниже).

Следует иметь в виду, что, как и в случае с категорией чувств, так и в случае с термином «аффект» и производной от него «аффективности» в различных литературных источниках возможны разночтения, которые, прежде всего, касаются широкого использования понятия «аффект» в качестве синонима «эмоций» и «чувств». В какой-то мере подобная тенденция объясняется исторически сложившимся (еще с времен Л. С. Выготского и включая перевод номенклатуры МКБ-10) заимствованием слова affect из западных работ, где оно действительно обычно обозначает эмоцию в широком ее понимании (*лат.* affectus — переживание, душевное волнение).

Страсть — сложное, встречающееся только у человека эмоциональное состояние, отличающееся продолжительностью, значительной степенью выраженности, напряженностью, глубиной, охватом всей личности и направленностью на единую цель, предмет или вид деятельности («хронический аффект» по В. П. Осипову [1931]). Страсть может сочетаться с нарушениями мышления (сверхценными идеями) и мотивационно-волевого регулирования (односторонней направленностью влечений).

Эмоциональный (психологический) стресс — разновидность общей системной реакции индивида на воздействие субъективно сильных внутренних и внешних факторов информационной природы (в ряде исследований информационный стресс выделяется специально и рассматривается как частный случай психологического стресса, связанного с информационными перегрузками). Эмоциональный стресс может быть правильно понят только с учетом того, что вообще подразумевается под понятием стресса, концепция которого была разработана канадским физиологом Г. Селье к 1936 г. [Селье, 1960; Леви, Мясищев (ред.), 1970].

По его определению, *стресс* есть совокупность всех неспецифических изменений организма под влиянием любых по своей природе сильных, экстраординарных факторов (*стрессоров*), приводящих к перестройке защитных систем организма. Подобная достаточно стереотипная совокупность реакций (гормональных, вегетативных, обменных и др.) в своих клинических проявлениях получила название *адаптационного синдрома*, в развертывании которого выделяют три фазы:

1) *фаза тревоги*, соответствующей мобилизации защитных сил и компенсаторных ресурсов организма (alarm-реакция), что обеспечивает экстренную подготовку к действиям в новых условиях и общую энергетическую активацию;
2) *фаза резистентности* (сопротивления, стабилизации гомеостаза — динамического равновесия внутренней среды), или приспособления к неблагоприятной ситуации в условиях продолжающегося действия стрессора (порой путем патологического функционирования); в благоприятных случаях, при нахождении выхода из сложной ситуации развитие стресса прекращается и организм переходит на нормальный режим функционирования;
3) *фаза истощения* (при продолжительном и сильном воздействии стрессора либо недостаточности ресурсов самого организма происходит ослабление иммунного потенциала, его полное истощение, заканчивающееся смертью).

По физиологической сути стресс на первых двух стадиях понимается как целесообразный адаптационный процесс, смыслом которого является сохранение морфофункциональной целостности организма и обеспечение оптимальных возможностей для удовлетворения имеющихся потребностей. Поэтому в зависимости от того, какие результаты и какой ценой достигнуты человеком в ходе преодоления затруднений, стресс может оказаться продуктивным и деструктивным. В концепции Селье различают позитивный эустресс (eu-stress), связанный с эффективным использованием мобилизированных ресурсов, активным и конструктивным

выходом из трудной ситуации, и негативный дистресс (distress), выражающийся в дезорганизации поведения и в переходе к обычно невротическим формам поведения.

Среди многочисленных форм стресса (болевой, термический, интеллектуальный и т. п.), обычно обозначаемых через термины спровоцировавших его раздражителей, особую роль играет *эмоциональный стресс*, в той или иной степени сопутствующий всем другим его вариантам. Такая универсальность эмоционального стресса объясняется тем, что его содержанием оказывается не только включенность в него собственно аффективной составляющей, но еще и присутствие мотивации, которая обусловливает эмоцию и предшествует ей — стресс запускается не воздействующим фактором, а отношением к нему (в основном негативным — наличием угрозы или лишением того позитивного, что было). Раздражитель становится стрессором в результате его когнитивной интерпретации, то есть благодаря значению, которое человек приписывает данному раздражителю. Сам Селье считал, что качество ситуации не имеет принципиального значения, важна лишь потребность в перестройке или адаптации. Трактовка психологического стресса в более широком контексте вообще предполагает исследовательское внимание и к памяти, мышлению, интеллекту, перцептивным функциям и т. д.

Вредность стимула, создающего психологическую стрессовую реакцию, воспринимается символически в виде совокупности представлений о событии с неблагоприятным исходом, последствиями. Иногда оно формируется в психический образ будущего события с нежелательным исходом, и в этом случае вредность стимула как бы предвидится. Таким образом, стрессовая реакция оказывается результатом опосредованной оценки угрозы, которая представляет собой предвосхищение человеком возможности опасных последствий воздействующей на него ситуации [Бодров, 2000]. Если при чисто физиологическом стрессе раздражитель вызывает стереотипизированную физиологическую реакцию, развитие которой не определяется какими-либо интеллектуальными защитными механизмами, то при эмоциональном стрессе психический фактор позволяет индивиду производить оценку стимула, анализировать значение угрозы и противопоставлять ей защитные механизмы, что не всегда приводит к ожидаемым последствиям [Лазарус, 1970] — сама эмоциональная реакция оказывается высокоиндивидуализированной. Таким образом, физиологический и психологический стрессы отличаются друг от друга по особенностям воздействующего стимула, механизму возникновения и характеру ответной реакции.

Эмоциональный стресс может проявляться в двух формах — как кратковременная вспышка эмоций и как длительное напряжение («психическая напряженность» [Наенко, 1976]) со сложными изменениями поведения, мышления, взглядов на жизнь и т. п. Чем выше субъективная значимость негативного события (чем больше личностных потребностей оно нарушает и чем больший смысл придает ему человек), тем большее психическое напряжение оно порождает. Показано, что из-за длительного последействия негативных эмоций эмоциональное возбуждение приобретает способность к постоянной активации мозговых структур и различных соматовегетативных процессов. При наличии соответствующего слабого звена в организме возбуждение через него может оказать патогенное влияние как на деятельность головного мозга, так и на реализацию отдельных соматических и вегетативных функций. Эмоциональный стресс нарушает имеющую место в нормальном организме гармонию внутри- и межсистемных информационных отношений, которая наиболее чувствительна к различным повреждающим воздействиям. Вследствие этого при эмоциональных стрессах прежде всего нарушаются основные биоритмы организма: бодрствования и сна, менструальный цикл и пр. [Судаков, 1999]. При определенных условиях эмоциональный стресс может явиться причиной возникновения неврозов, гормональных

дисфункций, а также патологических изменений сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем.

По данным Ф. Б. Березина и Т. В. Барлас [1994], для лиц, у которых в зрелом возрасте под влиянием различных жизненных событий возникали такие расстройства, в детстве были характерны стрессовые ситуации, обусловленные неадекватным поведением матери: ее упрямство, нетерпимость к чужому мнению, завышенные притязания, авторитарность, властность, чрезмерные требования к ребенку, или, напротив, обидчивость, сниженный фон настроения, пессимизм, неуверенность в себе. Выделялся также комплекс негативного воздействия со стороны отца: его поведение, снижающее самооценку ребенка, недостаток внимания и понимания, агрессивность или отчуждение, затрудняющее идентификацию с ним. При этом особенности взаимодействия с матерью не позволяли компенсировать стрессогенные ситуации, связанные с отцом. К числу других стрессовых ситуаций детства следует отнести конфликтность и нестабильность семьи и положение «обойденного» ребенка (предпочтение ему братьев или сестер). Описанные стрессогенные воздействия могут непосредственно приводить к клинически выраженным расстройствам уже в детстве.

Умеренный стресс мобилизует защитные силы организма и, как было показано в ряде исследований, оказывает тренирующий эффект, переводя организм на новый уровень адаптации.

Развитие адаптационного синдрома во многом обусловливается природой стрессора, которая в силу своего разнообразия может классифицироваться в соответствии с разными принципами. Стрессоры классифицируются по типу жизненных событий или по типу трудностей (финансовые, служебные, межличностные, связанные со здоровьем, со смертью близкого и т. п.), по интенсивности (острые, средние, умеренные), по величине потерь или угрозы, по длительности (хронические, краткосрочные), по степени управляемости событий (контролируемые, неконтролируемые), по уровню влияния (макро- и микрострессоры) [Муздыбаев, 1998].

Например, в зависимости от продолжительности своего воздействия на человека предлагается делить их следующим образом [Harris, Mackie, Wilson, 1956; цит. по: Леви, 1970].

Кратковременные стрессоры:

1) стрессоры неудачи;
2) стрессоры отвлечения внимания (решение задачи в условиях помех);
3) стрессоры, вызывающие чувство страха;
4) стрессоры, вызывающие неприятные физические ощущения;
5) стрессоры темпа или скорости.

Длительно действующие стрессовые ситуации:

1) стрессоры сражения (наступление или оборона);
2) стрессоры опасной работы;
3) стрессоры заключения и изоляции;
4) стрессоры длительной работы, порождающей усталость, умственную или физическую, либо же ту и другую вместе.

С. А. Разумов [1976] предлагает условно делить стрессоры в соответствии с общностью их проявлений в условиях жизни.

1. Стрессоры активной деятельности:

а) экстремальные стрессоры: участие в боевых действиях, космических полетах или трансатлантических подводных походах; деятельность, связанная с риском, не исключающая страхующие механизмы (испытание техники, прыжки с парашютом и т. п.)

и исключающая страхующие механизмы (работа саперов по обезвреживанию бомб, прыжки на лыжах с трамплина и др.), нахождение в средах обитания, отличных от обычной (астронавты, гидронавты, спелеологи и т. д.) и др.;

б) производственные стрессоры: работа с информационной перегрузкой, с большой ответственностью, с дефицитом времени и т. д.;

в) стрессоры психосоциальной мотивации: соревнования, сдельная работа, участие в конкурсах, стремление получить награду, благодарность и т. д.

2. Стрессоры оценок (могут действовать как в период какой-то деятельности, так и до и после нее):

а) «старт» — стрессоры и стрессоры памяти: предстоящее состязание, защита диплома или диссертации, накануне медицинской процедуры или операции, перед кабинетом авторитетного лица, внезапное воспоминание о пережитом горе, ожидание угрозы или необычной радости, предчувствия и др.;

б) стрессоры побед и поражений: победа в соревновании или в конкурсе, признание изобретения или открытия, успех в искусстве, творческий экстаз, любовь, женитьба, рождение ребенка, поражение, неуспех, непризнание в деятельности, проигрыш, смерть или болезнь близкого человека и т. д.;

в) стрессоры зрелищ: спортивные зрелища, драматические или комедийные фильмы, театральные представления, изобразительное искусство и т. д.

3. Стрессоры рассогласования деятельности:

а) стрессоры разобщения: конфликтные ситуации в квартире, семье, на работе, в общественных местах; угроза или неожиданное, но значимое известие и т. д.;

б) стрессоры психосоциальных и физиологических ограничений: сенсорная депривация, мускульная депривация, заболевания, ограничивающие обычные сферы общения и деятельности, тюремная изоляция, сексуальная дисгармония, родительский дискомфорт, голод, жажда и т. д.

4. Физические и природные стрессоры: мускульные нагрузки, хирургическое вмешательства, травмы, электрический ток, темнота, яркий свет, сильные неприятный звук, вибрация, качка, высота, холод, жара, землетрясения и т. д.

Совершенно очевидно, что только наличие стрессора еще не определяет развитие стрессовой реакции, поскольку она оказывается зависимой и от физиологических особенностей самого организма и от целого ряда социальных и социально-психологических факторов, например стиля жизни, активного отношения к ситуации, опыта, воспитания и др.

С понятием стресса теснейшим образом связано понятие **фрустрации** (от лат. frustratio — обман, неудача, крушение надежд, расстройство планов) — психического состояния, которое возникает при наличии препятствия, блокирующего удовлетворение значимых потребностей, что проявляется ощущением неудовлетворенности и психического напряжения, возникающего из-за невозможности осуществить те или иные цели, реализовать мотив («ситуация невозможности» [Василюк, 1984]). Ощущение непреодолимости препятствия может иметь под собой объективные основания, но может возникать и исключительно на субъективной почве (в случаях, когда препятствие реально непреодолимым не является). Фрустрация может выражаться в гнетущем напряжении, тревожности, чувстве безысходности, депрессии. Частными реакциями могут быть уход в мир фантазий, агрессивность (или аутоагрессивность), деструктивизм, сосредоточение внимания на неудовлетворенной потребности, искажения в восприятии действительности и др. А. Маслоу [2007] подчеркивал, что феномен фрустрации адекватен только в том случае, если в структуре возникшей депривации присутствует угроза для жизненных целей индивида, его самооценки и самоактуализации.

Выраженность фрустрации зависит от силы и интенсивности ограничивающего фактора (например, угрозы), функционального состояния субъекта, его опыта и выработанных ранее форм эмоционального реагирования на жизненные трудности.

Фактор, выступающий в качестве препятствия или сопротивления, может быть внешним и внутренним по отношению к субъекту, пассивным и активным.

Частным, но весьма распространенным фрустрирующим обстоятельством выступает **депривация** (от англ. deprivation — лишение, утрата) — лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей, отделение человека от необходимых для него источников (обычно в течение достаточно длительного времени). Форма депривации обозначается через качество и специфику того, чего лишен субъект, — двигательная, сенсорная, информационная, социальная, материнская и др. *Эмоциональная депривация*: отсутствие возможности создания чувственного отношения, эмоциональных контактов с каким-либо лицом или разрыв ранее существовавшей эмоциональной связи. По степени выраженности депривация может быть полной или частичной. Причинами депривации могут являться как чисто физические обстоятельства, например отсутствие объекта потребности, так и обстоятельства морально-этического характера (самоограничения).

Естественно, что различная национальная специфика, степень «цивилизованности» и обычаи диктуют и некоторые вариации в понимании того, что считать депривацией.

Вне экспериментальных условий широко распространены два варианта депривации, различающиеся по характеру происхождения. В первом случае субъект (обычно ребенок) исходно лишен необходимых для полноценного развития психических функций и способностей информации, стимуляции и впечатлений (например, в условиях закрытых учреждений или в неблагополучной семье — материнской ласки и заботы, необходимого разнообразия сенсорной составляющей, широты коммуникаций), а во втором он отсекается от обычных, привычных для него факторов, без которых жизнь субъективно начинает восприниматься или реально оказывается неполноценной (например, тюремное заключение, попадание в социальную среду, лишенную ранее имевшихся средств массовой информации или культурного слоя и т. п., как, например, в среде мигрантов). Как правило, адаптации к имеющемуся ограничению не наступает, и, несмотря на попытки подавления, мотивация ущемленной потребности сохраняется, что и приводит к кумуляции негативных эмоций, проецирующихся в различные формы невротического, психопатического или девиантного поведения. В других случаях, напротив, происходит снижение уровня познавательной активности и мотивации, что, в частности для детей, может сопровождаться проблемами со школьным обучением. На высоте субъективных переживаний психическая депривация рождает ощущение отсутствия личностных потребностей, смысла жизни и, соответственно, целесообразности существования.

Большинство исследователей детской психики указывают на существенные неблагоприятные следствия материнской депривации в раннем возрасте. Ее результатом становятся трудности в выработке ребенком адекватных средств эмоционального реагирования, в формировании чувства безопасности, уверенности в себе, а также неумение вступать в значимые отношения с окружающими, вялость эмоциональных реакций и агрессивность. В подростковом возрасте депривация приводит к дезорганизации развития психических процессов и процесса становления ориентировочно-исследовательского поведения, к снижению познавательных мотиваций и коммуникативной активности, к затруднениям в понимании и предвосхищении событий, недостаточности интеллектуального развития. Речь также может идти о высокой тревожности, слабой эмоциональной устойчивости, раздражительности, негативизме, враждебности, подозрительности, которые в сочетании с неблагоприятными социальными факторами могут провоцировать развитие девиантного поведения [Ярославцева, 2002].

Вместе с тем Й. Лангмейер и З. Матейчек [1984], анализируя различные теории депривации, указывают, что развитие ребенка не ограничивается лишь связью «ребенок—мать». В действительности ребенок является составной частью всей социальной системы и всегда постепенно усваивает многочисленные социальные роли, которые не только он сам перенимает и осуществляет, но и те, которые касаются других лиц, что подготавливает к их более позднему приятию. Депривация может в данном понимании расцениваться в первую очередь как дефект в учении социальным ролям, обусловленный отсутствием требуемого опыта в области социальных взаимодействий в детстве. Это сближает материнскую депривацию с депривацией социальной, поскольку в последнем случае также присутствует фактор эмоционально окрашенного контакта со взрослыми и эмоциональной чувствительности ребенка к отношению с ним. Л. И. Божович [1997] пишет о том, что положительные эмоции у младенцев возникают и развиваются лишь под влиянием удовлетворения потребности во внешних впечатлениях. Удовлетворение же собственно биологических потребностей — в пище, кислороде и пр. — приводит лишь к успокоению ребенка, к состоянию удовлетворенности, но не вызывает радостных эмоций.

Влияние депривации на ребенка имеет и другую сторону. К моменту, когда деятельность коры больших полушарий становится актуальной и востребованной, сама кора еще не завершила своего формирования ни в структурном, ни в функциональном отношении. Известно, что полноценное развитие столь сложного органа возможно лишь во взаимодействии с внешней средой, в результате действий комплексных внешних раздражителей на воспринимающие органы и ответного на них реагирования. Если внешних раздражителей нет или они недостаточны, то и морфологическое развитие и функциональная деятельность коры полушарий мозга задерживаются или идут неправильно [Щелованов, 1960].

Длительное пребывание ребенка в бедной стимульной среде закрытых детских учреждений, даже при наличии хорошего питания и медицинского обслуживания, сопровождается феноменом **госпитализма**, выражающегося прежде всего в недостаточности эмоционально-волевой сферы, в элементах аутизма, агрессивности и отставании в развитии. (Само понятие ввел в оборот австро-американский психоаналитик Рене Спитс (Rene Spitz, 1887–1974) в 1945 г., исследовавший его причины, проявления и последствия у младенцев и детей, потерявших в период войны родителей и долго находившихся в больницах.) В грубых формах подобные явления в настоящее время почти не встречаются, но общая тенденция пока продолжает сохраняться. В соответствии с 10-й Международной классификацией болезней, госпитализм у детей рассматривается как реактивное расстройство у тех из них, кто в силу пребывания в больнице на длительное время разлучен с матерью и лишен домашнего окружения. Такие дети вялы, недостаточно активны, истощены и бледны, плохо едят и спят, выглядят несчастными; у них отмечаются приступы лихорадки, у младенцев — отсутствие навыков сосания.

После выписки некоторые дети из-за пережитого эмоционального шока первое время не узнают родителей, затем болезненно реагируют на замечания, становятся более обидчивыми, требовательными и капризными. У них часто расстраивается сон, увеличивается количество страхов, усиливается «прилипчивость» к родителям. Нарастают эмоциональная и вегетативная неустойчивость, вероятность появления психомоторных нарушений в виде тиков, заикания, энуреза [Захаров, 2006]. Эти расстройства обратимы (симптомы исчезают через 2–3 недели после возвращения ребенка к матери или заменяющему ее лицу).

Следует иметь в виду, что при прочих равных условиях, чем раньше возникает депривация и чем комбинационно сложнее комплекс вызвавших ее обстоятельств, тем тяжелее дизонтогенетические последствия и тем слабее толерантный и адаптационный потенциал личности.

Толерантность, или фрустрационная толерантность, — устойчивость к соответствующим ситуациям, способность адекватно их оценивать и прогнозировать, умение находить из них социально приемлемый выход. Смысл и значение понятия толерантности может варьироваться в зависимости от контекста, в котором оно встречается: например, она может выражаться и через эмоциональную устойчивость, через терпимость к чужим мнениям и системе взглядов, выносливость и т. п. Понятие фрустрации, равно как и фрустрационной толерантности, тесно связано с понятием стресса. Отсутствие достаточного уровня толерантности к неблагоприятным факторам способствует невротизации личности, возникновению психосоматических и психических расстройств вплоть до суицидных попыток.

Н. Д. Левитов [1967] указывает на существование разных форм толерантности. Наиболее благоприятная предполагает спокойствие, рассудительность, готовность использовать случившееся как жизненный урок, отсутствие самообвинений. Толерантность может проявляться и известным напряжением, усилиями по сдерживанию нежелательных импульсов и реакций. И наконец, в третьем случае она реализуется в виде бравирования, подчеркнутого равнодушия, маскирующих скрываемое озлобление или уныние. Упоминается и такая форма толерантности, как интерпретирование ограничивающей ситуации в качестве благодеяния или выгоды, что можно рассматривать и как срабатывание других — защитных — механизмов.

Термин «**защитные механизмы**» был впервые употреблен 3. Фрейдом в 1884 г. в его статье «Нейропсихозы защиты». Позднее это понятие многократно модернизировалось, интерпретировалось, наполнялось иным смыслом по сравнению с исходными трактовками; предпринималось большое число попыток верифицировать сведения об отдельных защитных механизмах как в рамках психоаналитического толкования, так и с иных теоретических позиций.

В современной психологической литературе понятие «психологическая защита» тесно связано с понятием целостности личности. Особое внимание уделяется самооценке, чувству уверенности, самоуважению, Я-концепции, индивидуальности.

Защита вообще обозначает любую реакцию организма с целью сохранить себя и свою целостность. В психоаналитической теории это любые психические процессы, позволяющие сознанию достичь компромиссного решения проблем, не поддающихся полному разрешению, и оградить его от негативных, травмирующих личность переживаний.

В современной науке термин «психологическая защита» до сих пор не нашел своего окончательного определения, но чаще всего употребляется для обозначения любого поведения, устраняющего психологический дискомфорт, который гипотетически может возникнуть в результате стресса, фрустрации или травмы. Среди многочисленных дефиниций используются такие: сохранение соответствия между имеющимися у больного представлениями об окружающем мире, себе и поступающей информацией, снижение тревоги (психического дискомфорта) или повышение самооценки посредством искажения процесса отбора и преобразования информации; понижение субъективной значимости травмирующего фактора; система адаптивных реакций личности на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений — когнитивных, эмоциональных, поведенческих — с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я-концепцию [Карвасарский (ред.), 2006]; специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или уменьшение чувства тревоги путем «ограждения» сферы сознания от негативных, травмирующих личность переживаний; совокупность способов последовательного искажения когнитивной и аффективной составляющих образа реальной ситуации; система процессов и механизмов, направленных на сохранение однажды достигнутого (или на восстановление утраченного) позитивного состояния субъекта [Штроо,

1998] и др. Около десяти иных определений психологической защиты различных авторов приводит В. И. Журбин [1990]. Практически все определения содержат в себе указание на вектор защитных механизмов, ориентированный на сохранение относительного эмоционального комфорта.

Совокупность психологических защит как специальный механизм формируется в процессе взросления каждого индивида, сталкивающегося с большим разнообразием ситуаций, вызывающих эмоциональные состояния, выражения которых чреваты дальнейшим конфликтом и дополнительной опасностью и выработкой путей совладания с ними [Плутчик; цит. по: Романова, Гребенников, 1996].

Разногласия, существующие между многочисленными авторами, использующими это понятие, сводятся к тому, следует ли его распространять на повседневную жизнь и рассматривать как разновидность нормального механизма, либо ограничить его действие лишь случаями явного дезорганизующего влияния на поведение, когда возникшая ситуация превышает внутренние ресурсы индивида.

Другая сфера разногласий касается перечня и содержания конкретных механизмов психологических защит, число которых в настоящее время исчисляется десятками. Здесь отмечаются неясности, омонимичность и синонимичность существующих терминов, неточность перевода научной терминологии с одного языка на другой, неопределенность соотнесения защит друг с другом.

Среди психологических механизмов защит у взрослых чаще всего упоминаются следующие [Романова, Гребенников,1996].

Отрицание — отказ признавать существование нежелательных, болезненных фактов, что может выражаться как в искаженном восприятии действительности, так и в специфических феноменах работы памяти (пропуск тяжело переживаемых событий, замена их вымыслами). З. Фрейд считал, что отрицание — наиболее ранний онтогенетически и наиболее примитивный механизм защиты.

Проекция — подсознательное приписывание собственных (нежелательных или кажущихся угрожаемыми) качеств, чувств, желаний и мыслей другому лицу.

Регрессия — возвращение к более раннему, примитивному способу реагирования (эмоциональному, нелогичному мышлению) или привычкам, свойственным ребенку.

Замещение — перенаправление агрессивных импульсов с опасного или значимого индивида на слабый одушевленный или на неодушевленный объект либо на самого себя, совершение бессмысленных действий.

Вытеснение (подавление) — устранение, перевод психического содержания (мыслей, образов или воспоминаний) из сознания в бессознательное, часто сопровождающийся забыванием (амнезией) как самого травмирующего события, так и сопутствующих ему обстоятельств. Вытеснение считается наиболее универсальным средством избегания внутреннего конфликта. Вытеснение и подавление иногда противопоставляются друг другу по критерию большей-меньшей осознанности.

Интеллектуализация — избыточная рассудочность, защитный механизм, близкий рационализации или являющийся ее частным случаем, при котором абстрактное, дискурсивное, «объективное», отстраненное мышление становится инструментом овладения переживаниями и аффектами. Контроль над эмоциями достигается путем доминирования рассуждений по поводу переживаний над самими переживаниями. При этом субъект от эмоций не дистанцируется (как при рационализации), но в результате холодного анализа придает им новый смысл, что может создавать у окружающих впечатление эмоциональной неискренности.

Сублимация — вытесненная в бессознательное энергия нереализованной (инстинктивной, сексуальной) потребности канализируется в другую приемлемую или даже полезную форму активности (например, научную, творческую или спортивную). Понятие сублимации стало распространяться и на область агрессивных влечений.

Компенсация — онтогенетически поздний механизм защиты, используемый, как правило, сознательно. Это попытка нахождения замены потере, нехватке или недостатка.

Реактивное образование связывается с окончательным усвоением индивидом «высших социальных ценностей». Развивается для сдерживания радости обладания определенным объектом — в поведении подчеркиваются прямо противоположные тенденции.

Интроекция (интернализация) — включение внешнего мира во внутренний мир человека, присваивание или приписывание собственному Я определенной части обычно ожидаемых другими качеств внешнего мира, идущее извне ошибочно воспринимается как происходящее внутри.

Идентификация — бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому, любимому или уважаемому человеку. Идентификация часто ориентируется на внешние признаки поведения (в детстве — родителей, в юности — литературных или реальных героев и т. д.). Одновременно она (равно как и интроекция) является и механизмом, способствующим усвоению социальных норм. Поэтому причисление идентификации и интроекции к защитной сфере можно рассматривать как условное.

Рационализация — построение безопасных, приемлемых моральных, логичных обоснований для объяснения и оправдания неприемлемых форм поведения, мыслей, поступков, желаний (агрессивности как активности, безразличия как независимости, скупости как бережливости и т. д.), уход от принятия поступков, признание которых за собой грозило бы потерей самоуважения (дискредитация недосягаемого объекта).

Инверсия (реактивное образование) — подмена действий, мыслей и чувств, отвечающих подлинному желанию, диаметрально противоположными, что обусловливается конфликтом между желанием и запретом на его удовлетворение (смена установок под влиянием «цензора»).

Изоляция — отделение угрожающей, психотравмирующей ситуации от связанных с ней переживаний (например, страха, вины или стыда), от других сторон жизни субъекта — доступ неприятных эмоций к сознанию блокируется. Примитивная изоляция — это либо бегство от реальности, порой в мир фантазий, либо использование химических веществ для изменения самого сознания.

Фантазирование — создание воображаемого приукрашивающего сценария, в котором исполняются желания субъекта. Считается, что фантазирование может не только выполнять защитную функцию, но и играть роль «вознаграждения», отождествления себя с некоторым идеальным Я. Элементы фантазирования, с разной степенью осознания, присутствуют почти во всех иных механизмах и стратегиях защиты.

При том, что один человек может иметь пристрастия к преимущественному использованию какой-то формы защиты, в реальной жизни могут применяться любые их варианты в различных сочетаниях.

Очевидно, что подавляющее большинство защитных механизмов формируется в детстве, в семье, а позднее во взаимодействии с другими людьми, определяющем разнообразные модификации защитного поведения. Чем раньше ребенок сталкивается с психическими травмами, тем более глубокий отпечаток они накладывают на жизнедеятельность и адаптацию взрослого человека. В то же время, хотя механизмы защиты считаются частью любого невротического процесса, психологическая защита сама по себе не рассматривается как признак патологии.

В качестве специфически детских защит [Никольская, Грановская, 2000] выделяют следующие.

Отказ проявляется в отстранении от общения даже с близкими людьми, от пищи, от игр, в уходах из дома.

Оппозиция — провоцируемый обидой или неудовлетворением капризов, просьб активный протест против норм и требований взрослых (от криков и падений до агрессивности).

Имитация — незрелая форма идентификации, обнаруживаемая в стремлении во всем подражать определенному лицу или герою.

Компенсация — стремление восполнить слабость и неудачливость в одной области успехами в другой.

Эмансипация — борьба за самоутверждение и самостоятельность, свободу и даже за имущественные права.

Замещение — замена мишени агрессии с возможной проработкой своих чувств.

Вытеснение — замена реальных неприятных фактов вымышленными, становящаяся основой лживости.

Отчуждение (изоляция) — отключение от внешнего мира и уход в собственный, в мечты и фантазии.

И. М. Никольская, Р. М. Грановская также упоминают вышеописанные сублимацию, регрессию и сновидения.

Принципиально важными в реализации психологических защит являются два обстоятельства. Во-первых, они определяются субъективной значимостью события для человека, и поэтому задача психологических защит заключается в устранении психологического дискомфорта, а не в реальном разрешении стрессорной или фрустрирующей ситуации (их вектор направлен на устранение тревоги, беспокойства, а не на их источник; изменения происходят в мире субъективных значений и смыслов, они реализуются через относительно нерациональное поведение). В этом смысле психологическая защита обслуживает лишь актуальный психологический комфорт, становясь средством самообмана [Демина, Ральникова, 2000]. Нельзя снимать со счета и факт того, что важнейшим механизмом психологических защит является отрицание, трансформация или фальсификация восприятия реальности.

Во-вторых, после работы Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты» [1936, 2003], в которой она, по сути, ввела это понятие в научный оборот, защиты относятся к числу бессознательных, автоматизированных явлений. Эта общая точка зрения разделяется не всеми специалистами, изучавшими данную проблему. Например, Ф. В. Бассин, один из первых отечественных авторов, анализировавших значения психологических защит, считал, что они возможны и при столкновении вполне осознаваемых, но аффективно насыщенных установок [Бассин, 1969].

Кроме того, их третьей общей чертой является отказ личности от деятельности, предназначенной для продуктивного разрешения ситуации или проблемы. Поэтому по мере нарастания отрицательного влияния извне психологическая защита, временно позволявшая личности иллюзорно-положительно воспринимать объективное неблагополучие, становится все менее эффективной, а порой и вредной, приводящей к депрессии. Аналогичные критические идеи звучат и в более ранних работах Б. В. Зейгарник [1982], В. С. Ротенберга, В. В. Аршавского [1984], В. А. Ташлыкова [1992] и др.

В современной психологии все большую отчетливость начинает приобретать идея о необходимости разделения адаптивных психологических механизмов на *защитные стратегии и стратегии совладания* со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями

(**копинг-стратегии**). В отличие от защитных, также многочисленные стратегии совладания всегда осознаны, рациональны и направлены на реальный источник тревоги. Основная функция копинга состоит в реальной адаптации человека к требованиям ситуации.

Проблема копинга начала разрабатываться еще с середины XX в., а сам термин «совладание» впервые использовала в 1962 г. Луис Мэрфи (Lois Barclay Murphy, 1902–2003) для обозначения преодоления кризисов развития у детей. Занимаясь проблемами становления личности в раннем детстве, она особое внимание уделяла взаимодействию среды и организма ребенка.

В настоящее время широкое распространение получила концепция преодолевающего поведения, предложенная зарубежными исследователями Р. С. Лазарусом (Richard Stanley Lazarus) и С. Фолкман (Susan Folkman) [Lazarus, 1966; Lazarus, Folkman, 1984].

Данные авторы определяют копинг как «когнитивные и поведенческие попытки управлять специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оценены как вызывающие напряжение или чрезвычайные для ресурсов человека» [цит. по: Корнев, 2006, с. 24–35] и предлагают рассматривать два основных типа стратегий — проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированный копинги. Авторы подчеркивают, что копинг — это процесс, который все время изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние.

Проблемно-ориентированный копинг связан с попытками человека улучшить отношения «человек—среда» путем изменения когнитивной оценки сложившейся ситуации, например, через поиск информации о том, что делать и как поступить, или путем удержания себя от импульсивных или поспешных действий. Подобные формы копинга, скорее всего, будут использованы, если результат столкновения оценен субъектом как поддающийся изменению. *Эмоционально-ориентированный* копинг включает в себя мысли и действия, которые имеют своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса. Эти мысли или действия дают чувство облегчения, однако не направлены на устранение угрожающей ситуации, а просто дают человеку почувствовать себя лучше. По существу, это описанные выше механизмы или стратегии психологической защиты. Эмоционально-ориентированные формы копинга более вероятны, если ситуация оценивается субъектом как не поддающаяся изменению. Психологическая защита скорее выполняет функцию отсрочки, данной сознанию для подготовки к более продуктивным процессам переживания психотравмирующей ситуации. Являясь комплексным ответом на стресс, копинг в основном опирается на когнитивные механизмы и преимущественно волевые, произвольные формы поведения. Он оказывается более сложным и онтогенетически более поздним механизмом приспособления человека к окружающей среде. Лишь после многократного столкновения с однотипными фрустрирующими или стрессогенными ситуациями реакции на них могут становиться все более автоматизированными. Это не значит, что все формы копинг-поведения всегда будут приводить к успешной адаптации в социуме — в принципе возможны как эффективные, так и неэффективные их варианты, обусловленные различными копинг-стратегиями — конкретными приемами и способами, с помощью которых происходит процесс совладания [Корнев, 2006].

Необходимо отметить, что непроходимой смысловой пропасти между психологическими защитами и копинг-механизмами нет, это скорее континуум, на одном полюсе которого расположены более ранние, непосредственные, аффективно-ориентированные и экстренные формы субъективного реагирования, а на другом — более поздние, опосредованные сознанием, активные и учитывающие не только желаемое состояние индивида, но и возможности преобразования внешней среды. Стратегии совладания и строятся на основе